

Promotion d'un poids santé parmi les hommes francophones du Grand Sudbury :  
Une étude de cas de la participation au programme *PairForm* © et des effets à court-  
terme sur les connaissances et comportements de santé

par  
Tara Paquette

Thèse présentée pour  
répondre à l'une des exigences de la  
Maîtrise en Kinésie humaine (M.K.H.)

Faculté des études supérieures  
Université Laurentienne  
Sudbury (Ontario) Canada

# THESIS DEFENCE COMMITTEE/COMITÉ DE SOUTENANCE DE THÈSE

Laurentian University/Université Laurentienne  
Faculty of Graduate Studies/Faculté des études supérieures

Title of Thesis Titre de la thèse	Promotion d'un poids santé parmi les hommes francophones du Grand Sudbury : Une étude de cas de la participation au programme PairForm © et des effets à court-terme sur les connaissances et comportements de santé	
Name of Candidate Nom du candidat	Paquette, Tara	
Degree Diplôme	Maîtrise en	
Department/Program Département/Programme	Kinésie humaine	Date of Defence Date de la soutenance le 29 août 2016

## APPROVED/APPROUVÉ

Thesis Examiners/Examineurs de thèse:

Monsieur Alain Gauthier  
(Co-Supervisor/Co-Directeur de thèse)

Madame Jalila Jbilou  
(Co-Supervisor/Co-directrice de thèse)

Monsieur Georges Kpazai  
(Committee member/Membre du comité)

Madame Marie-Claude Rivard  
(External Examiner/Examineur externe)

Approved for the Faculty of Graduate Studies  
Approuvé pour la Faculté des études supérieures  
Dr. Shelley Watson  
Monsieur Shelley Watson  
Acting Dean, Faculty of Graduate Studies  
Doyenne intérimaire, Faculté des études  
supérieures

## CLAUSE D'ACCESSIBILITÉ ET PERMISSION D'UTILISER DES DOCUMENTS

Je, **Tara Paquette**, accorde à l'Université Laurentienne et à ses agents l'autorisation non exclusive d'archiver ma thèse ou mon rapport de projet et d'en permettre l'accès, en tout ou en partie et dans toute forme de média, maintenant ou pour la durée de mon droit de propriété du droit d'auteur. Je conserve tous les autres droits de propriété du droit d'auteur de la thèse ou du rapport de projet. Je me réserve également le droit d'utiliser dans de futurs travaux (comme des articles ou des livres) l'ensemble ou des parties de ma thèse ou de mon rapport de projet. J'accepte en outre que la permission de reproduire cette thèse de quelque manière que ce soit, en tout ou en partie à des fins savantes, soit accordée par le ou les membres du corps professoral qui ont supervisé mes travaux de thèse ou, en leur absence, par le directeur ou la directrice de l'unité dans lequel mes travaux de thèse ont été effectués. Il est entendu que toute reproduction ou publication ou utilisation de cette thèse ou de parties de celles-ci à des fins lucratives ne doit pas être autorisée sans ma permission écrite. Il est également entendu que cette copie est présentée sous cette forme par l'autorité du titulaire du droit d'auteur uniquement pour fins d'études et de recherches particulières et ne doit pas être copiée ou reproduite sauf en conformité avec la législation sur le droit d'auteur sans l'autorisation écrite du titulaire du droit d'auteur.

## Résumé

En plus de souffrir davantage de surpoids, les hommes canadiens participent moins aux interventions de gestion de poids que les femmes. La présente thèse poursuit un double objectif : 1) déterminer les effets à court-terme de l'intervention éducationnelle *PairForm* © sur l'acquisition des connaissances et changement de comportements en lien avec l'activité physique, l'alimentation, la consommation d'alcool, le tabagisme et la gestion du stress, et 2) examiner la perspective des participants à une intervention d'éducation par les pairs. Une étude de cas avec une méthodologie mixte a permis une évaluation approfondie du programme. Le taux de rétention de 100 % pour ce programme pilote suggère qu'une intervention éducationnelle sensible aux hommes livrée par les pairs favorise la participation des hommes en surpoids même si certaines absences hebdomadaires étaient observées au cours de l'intervention. De plus, cette intervention a permis aux participants de surmonter plusieurs obstacles envers une santé saine que pose la masculinité hégémonique. Mais, plus de recherches sont nécessaires afin d'encourager les hommes à gérer leur poids.

Mots clés : santé, hommes, surpoids, programme *PairForm* ©, pairs

## Remerciements

De nombreuses personnes dont je suis très reconnaissante ont contribué à ce projet de maîtrise. D'abord et avant tout, mon superviseur Prof. Alain Gauthier, merci mille fois de m'avoir encadrée ces deux dernières années. Votre patience, générosité et encouragement m'ont permis de compléter ce projet avec fierté et m'ont permis de grandir en tant que chercheuse. Je n'oublierai jamais les efforts que vous avez mis à m'accommoder en tant qu'étudiante à distance. Un grand merci à D<sup>re</sup> Jalila Jbilou qui m'a permis d'entreprendre cette étude sur le programme qu'elle et son équipe de recherche ont développé. C'était un véritable honneur de travailler avec vous. Prof. George Kpazaï, les paroles me manquent pour vous remercier, mais si vous m'avez appris une seule chose, c'est que ce n'est pas la quantité de mots que je puisse vous écrire qui sont importants, mais bien la qualité d'un sincère merci du fond du cœur. J'aimerais aussi remercier les membres du Centre de santé communautaire du Grand Sudbury, particulièrement Mme Monique Beaudoin qui a coordonné le programme. Merci aussi aux participants qui ont partagé leurs expériences avec nous. Cette thèse n'aurait pas été possible sans les généreuses subventions du Consortium national de formation en santé et de l'Institut franco-ontarien. Et finalement, je dédie cette mémoire de maîtrise à mes parents Sandy Maxwell et Peter Paquette. Vous m'avez supportée inconditionnellement, je vous aime à jamais.

## Table des matières

<b>COMITÉ DE SOUTENANCE DE THÈSE .....</b>	<b>ii</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>iii</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>iv</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>6</b>
Importance de l'éducation à la santé .....	11
Comprendre les effets de la masculinité sur la gestion du poids .....	14
Développement d'interventions sensibles aux genres.....	19
Programme <i>PairForm</i> © .....	22
<b>OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE .....</b>	<b>24</b>
<b>MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>25</b>
Devis de recherche .....	25
Triangulation.....	26
Participants .....	28
Matériel.....	30
Procédure .....	32
Collecte de données.....	32
Analyse de données.....	33
Demande de déontologie .....	35
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>36</b>
<b>Branche quantitative.....</b>	<b>36</b>
Participants.....	36
Alimentation .....	37
Activité physique.....	39
Gestion du stress .....	41
Consommation d'alcool .....	42
Tabagisme .....	44
<b>Branche qualitative.....</b>	<b>44</b>
Participants.....	44
1) Création d'un environnement masculin .....	45
2) Expérience de prise en charge par le groupe .....	48
3) Divergence individuelle .....	52
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>56</b>
Engagement des hommes dans un programme de gestion du poids .....	56
Adoption de mode de vie sain .....	58
Forme de l'intervention.....	69
Limites de l'étude .....	73
Pistes de recherche futures.....	75
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>76</b>
<b>Références .....</b>	<b>78</b>

<b>ANNEXE A : Contenu du programme <i>PairForm</i> ©.....</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXE B : Questions pour le groupe de discussion .....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXE C : Questions pour l’entrevue avec le pair facilitateur .....</b>	<b>90</b>
<b>ANNEXE D : Questionnaire <i>PairForm</i> © (ville du Grand Sudbury) .....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE E : Fiche d’information; Branche quantitative .....</b>	<b>98</b>
<b>ANNEXE F : Formulaire de consentement; Branche quantitative .....</b>	<b>100</b>
<b>ANNEXE G : Ligne de temps du programme <i>PairForm</i> © .....</b>	<b>105</b>
<b>ANNEXE H : Fiche d’information; Branche qualitative .....</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXE I : Formulaire de consentement; Branche qualitative.....</b>	<b>109</b>
<b>ANNEXE J : Dictionnaire de variables .....</b>	<b>113</b>
<b>ANNEXE K : Approbation déontologique .....</b>	<b>166</b>

## INTRODUCTION

Le surpoids s'avère être un problème de santé majeur dans plusieurs pays, y compris le Canada (Stevens *et al.* 2012). Statistique Canada (2013) rapporte qu'en moyenne une personne sur deux, soit 52,3 %, parmi celles âgées de 12 ans et plus, est atteinte d'embonpoint ou d'obésité. Il existe cependant des disparités quant au taux d'embonpoint et d'obésité selon le sexe. L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* a révélé que les hommes sont en fait davantage atteints par l'embonpoint et l'obésité comparativement aux femmes. Le taux d'embonpoint et d'obésité pour les hommes étant de 60,0 % tandis que celui des femmes est de 44,6 %. (Statistique Canada, 2013). De plus, une augmentation prononcée et continue ces dernières années, de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité parmi les hommes est confirmée dans la région du nord-est de l'Ontario (Statistique Canada, 2013).

Dans la littérature en santé, plusieurs termes sont utilisés pour décrire une personne ou une population ayant une masse corporelle plus élevée que ce qui est considéré un poids santé. Avant de pouvoir définir les termes utilisés, il est important de saisir la mesure du poids corporel qui aide à les définir. Le poids corporel peut être exprimé en unité de mesure, tel en livres (lb) ou en kilogrammes (kg), mais le poids seul n'offre pas d'interprétation de l'impact sur la santé d'un individu. En d'autres mots, il est possible que deux individus aient la même masse, mais pour un des individus, cette masse est considérée « santé », tandis que la deuxième personne a un excès de poids. La composition corporelle dépend de plusieurs facteurs tels, l'âge, le sexe, la taille, la masse

musculaire, etc. Certaines mesures ont été créées pour offrir une meilleure interprétation du poids des individus ou populations, la plus commune étant l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC est la masse d'un individu mesuré en kilogrammes, divisé par sa taille mesurée en mètres qui est élevée au carré. L'unité de mesure de l'IMC est alors  $\text{kg/m}^2$ . Bien qu'il existe des mesures plus précises, comme le pourcentage de masse grasse mesuré par une pesée hydrostatique, l'IMC est la mesure la plus utile pour le classement de poids d'une population (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2015a).

L'IMC est souvent utilisé comme outil de dépistage pour les niveaux d'excès de poids chez les individus. Selon Santé Canada (2012b), les classifications des mesures de l'IMC sont comme suit :  $< 18,5$  poids insuffisants; 18,5-24,9 poids normaux; 25,0-29,9 excès de poids; 30,0-34,9 obésités de classe I; 35,0-39,0 obésités de classe II; et  $\geq 40$  obésités de classe III. Chacun de ces classements représente respectivement un différent niveau de risque à la santé soit : accru, moindre, accru, élevé, très élevé et extrêmement élevé. Dans cette thèse, le terme embonpoint sera utilisé pour la catégorie d'excès de poids (IMC entre 25,0 et 29,9), le terme obésité sera utilisé pour toutes les catégories d'obésité (IMC  $\geq 30$ ), et le terme surpoids sera utilisé pour l'ensemble des personnes représentant un embonpoint ou une obésité (IMC  $\geq 25$ ).

Bien que les hommes souffrent davantage d'embonpoint et d'obésité, ils ont une participation inférieure aux femmes quant aux interventions de gestion de poids. Une étude récente rapporte que seulement 27 % des participants à des interventions de gestion de poids sont des hommes (Pagoto *et al.*, 2012). Les raisons qui sous-tendent cette sous-représentation masculine dans les interventions de gestion de poids sont multiples, et



plusieurs d'entre elles ne sont pas entièrement élucidées (Pagoto *et al.*, 2012). Pagoto *et al.* suggèrent que le type et le format des interventions peuvent avoir un impact sur la participation masculine. Par exemple, des preuves suggèrent que des interventions de gestion du poids uniquement pour hommes sont plus probables à être efficaces si elles incluent des prescriptions de consommations alimentaires réduites, un contact face-à-face dans un groupe et des rencontres fréquentes, soit trois fois par mois ou plus (Young, Morgan, Plotnikoff, Callister et Collins, 2012). En outre, il est suggéré que les hommes se sentent plus à l'aise à participer aux interventions qui sont autodirigées comparativement aux interventions dirigées par un conseiller (Pagoto *et al.*, 2012).

Par ailleurs, il a été démontré que les programmes de gestion de poids sensibles aux besoins des hommes peuvent être bénéfiques pour la santé de cette population (Young *et al.*, 2012). Il existe par contre un écart entre la quantité d'interventions spécifiques aux besoins des femmes et celles spécifiques aux besoins des hommes, ces dernières étant moins nombreuses. En fait, Young *et al.* (2012) ont effectué une méta-analyse de programmes de perte de poids qui recrutaient uniquement les hommes. Ils ont cherché diverses bases de données et ont inclus 23 études qui répondaient à leurs critères d'inclusion. Seulement cinq études parmi les 23 qui recrutaient uniquement les hommes ont étudié des interventions sensibles aux besoins masculins. Une autre étude semblable (Robertson, Douglas, Ludbrook, Reid et van Teijlingen, 2008) souligne que plusieurs interventions qui ciblent la population masculine existent, mais peu d'entre elles sont conçues de façon à accommoder les besoins spécifiques de cette population. Les chercheurs soulignent la différence entre des programmes spécifiques au sexe (qui

recrutent les hommes : dimension biologique) et sensibles au genre (qui sont conçus pour les besoins spécifiques des hommes : dimension socioculturelle).

Pour tenter de résoudre ce dilemme, tout récemment, l'équipe de la Dre. Jbilou à l'Université de Moncton a développé un programme de gestion de poids sensible aux besoins des hommes intitulé *PairForm* © (Jbilou, 2014). Cet algorithme clinique vise la mise en œuvre d'une intervention multidimensionnelle ayant comme but d'identifier, sensibiliser, encourager et soutenir les pratiques de santé sensible aux hommes, ainsi qu'améliorer l'engagement et le recours des hommes aux services de soins de santé (Jbilou, 2014).

Le programme *PairForm* © comprend une intervention éducationnelle en santé livrée par les pairs d'une durée de 12 semaines, pendant lesquelles des sessions hebdomadaires interactives de groupes d'hommes face-à-face prennent lieu. Un participant occupe le rôle de pair facilitateur et reçoit une courte formation avant le début de l'intervention pour lui permettre de guider le groupe pendant celle-ci. Chaque session vise à éduquer les participants à propos des facteurs influençant un style de vie sain. Plus précisément, les participants reçoivent de l'information sur l'alimentation saine, l'activité physique quotidienne (une vie active), le tabagisme, la consommation d'alcool à faible risque et la gestion du stress.

Cette composante du programme *PairForm* © fut récemment offerte par le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury et ce projet de thèse est guidé par deux objectifs de recherche soit : 1) déterminer les effets à court-terme de l'intervention éducationnelle

du programme *PairForm* © sur l'acquisition des connaissances et changement de comportements en lien avec l'activité physique, l'alimentation, la consommation d'alcool, le tabagisme et la gestion du stress, et 2) examiner la perspective des participants à une intervention d'éducation par les pairs.

## REVUE DE LA LITTÉRATURE

La cause principale de l'embonpoint et de l'obésité est un déséquilibre énergétique entre les kilocalories consommées et celles dépensées (OMS, 2015a). C'est-à-dire, quand la consommation de kilocalories est supérieure à la dépense, il y a un gain pondéral. À cet égard, l'alimentation et l'activité physique sont des déterminants majeurs de l'embonpoint et de l'obésité. Par contre, comprendre l'obésité est un phénomène très complexe. Les causes déterminantes de l'obésité sont nombreuses, incluant les facteurs biologiques, sociétaux et comportementaux (Agence de la santé publique du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

Inclus dans les facteurs biologiques, on retrouve la génétique qui prédispose certains individus au surpoids. Il existe des maladies génétiques, par exemple les syndromes Prader-Willi et Bardet-Biedl (Rhee, Phelan et McCaffery, 2012) qui ont des grandes influences sur l'IMC, mais ceux-ci sont rares. Plusieurs études en génétiques confirment le lien plus commun entre des variations d'un gène et leurs effets sur l'IMC (Frayling *et al.*, 2007; Scuteri *et al.*, 2007; Tanofsky-Kraff *et al.*, 2009). Par ailleurs, le sexe, et l'ethnicité sont aussi des facteurs biologiques pouvant influencer l'IMC des individus tel qu'ont observés plusieurs chercheurs (Agence de la santé publique du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, 2011; Arya *et al.*, 2002; Siffert *et al.*, 1999; Young, Chateau et Zhang, 2002). Cependant, certains experts ont souligné que le style de vie est un facteur plus important quant aux déterminants de l'obésité (Siffert *et al.*, 1999; Young *et al.*, 2002) et que le style de vie peut atténuer l'augmentation de l'IMC déterminé par la

prédisposition génétique au risque d'obésité (Andreasen *et al.*, 2008; Rampersaud *et al.*, 2008 ; Qibin *et al.*, 2012). Le sexe, étant un déterminant d'obésité d'importance pour cette recherche, sera discuté en détail plus tard dans cette thèse. Le style de vie incorpore les deux autres facteurs en lien avec les causes déterminantes de l'obésité, soit les facteurs sociétaux et comportementaux décrits par l'Agence de la santé publique du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (2011).

Les facteurs sociétaux qui ont une influence sur la masse corporelle sont nombreux, incluant principalement les facteurs en lien avec le statut socioéconomique (SSE). Le SSE est défini par l'Agence de la santé publique du Canada comme étant « la position d'un groupe particulier au sein d'une population ou d'une société, qui est le reflet de la hiérarchie globale » (Agence de la santé publique du Canada, 2007, section statut socioéconomique). Puisqu'il est impossible de directement mesurer le SSE, plusieurs indices sont utilisés pour offrir de l'information au sujet du SSE d'un individu. Ces indices reflètent surtout le revenu, le niveau de scolarité et l'emploi (American Psychological Association, 2016). Au Canada, les individus dont le revenu est moins élevé sont plus susceptibles de souffrir d'obésité (Kpeltse, Devlin et Sarma, 2014). Or, la relation entre le revenu et l'obésité n'est pas entièrement élucidée et est moins convaincante chez les hommes (Statistique Canada, 2015). La relation entre le niveau de scolarité et l'obésité fut également évaluée par plusieurs chercheurs, mais comme dans le cas de l'association entre le revenu et l'obésité, les résultats rapportés semblent être controversés. Une corrélation négative entre l'embonpoint et le niveau d'éducation a été identifiée par plusieurs chercheurs (Cutler et Lleras-Muney, 2006 ; Webbink, Martin et Visscher, 2010) et Yoon, Oh et Park (2006) confirment que l'indice de masse corporelle

(IMC) est corrélé négativement avec le niveau d'éducation, mais cette corrélation existe seulement chez les femmes. Chez les hommes, une association positive semble mieux représenter la relation entre le niveau d'éducation et l'IMC, mais aucun lien significatif n'a été identifié (Yoon *et al.*, 2006). En ce qui a trait à l'emploi, Ball et Crawford (2005) ont effectué une revue de plus de 30 articles pour déterminer si les individus de SSE plus faibles sont en effet plus susceptibles à un gain pondéral. Ils ont trouvé plusieurs résultats d'une association inverse entre le statut d'emploi et un gain pondéral et très peu de chercheurs ont rapporté des résultats contraires (Fogelholm, Kujala, Kaprio et Sarna, 2000 ; Haapanen, Miilunpalo, Pasanen, Oja et Vuori, 1997). Ces résultats controversés pour des liens entre le SSE et l'obésité, surtout dans le cas des hommes, soulignent la complexité de ce sujet et mettent en évidence le besoin de plus amples recherches. En dépit des résultats controversés, la recherche à ce sujet relève des inégalités dans l'accès aux ressources et la répartition de celles-ci (American Psychological Association, 2016). Par exemple, un SSE moins élevé peut empêcher l'accès à la nourriture saine et peut créer de l'anxiété, influençant ainsi les comportements en lien avec un style de vie sain tel le comportement alimentaire et d'activité physique (Raphael, 2003).

Parmi les trois classes de causes déterminantes de l'obésité, les facteurs comportementaux sont les plus modifiables. Bien que les comportements puissent être influencés par les facteurs biologiques et sociétaux, l'individu a un certain choix en ce qui concerne ses comportements qu'il n'a pas envers sa génétique par exemple. Les comportements les plus étudiés en lien avec l'obésité sont ceux ayant un lien direct avec l'apport et la dépense énergétique soit les comportements d'alimentation et d'activité physique. Les comportements alimentaires ont été le sujet d'études de plusieurs chercheurs, mais

demeurent un domaine très complexe, nécessitant de la recherche ultérieure (Gedrich, 2003 ; Lahlou, 2005 ; Mesas *et al.*, 2012). Ce que nous savons avec certitude est qu'une alimentation riche en fruits et légumes apporte de nombreux bienfaits à la santé comme la réduction de risques de maladies cardiovasculaires et la prévention de certains cancers (Harvard School of Public Health, 2014). En contraste, une consommation élevée de lipides est associée avec de nombreux effets néfastes à la santé, notamment l'augmentation des risques pour les maladies cardiovasculaires, soit la cause primaire de décès chez les adultes canadiens (Agence de la santé publique du Canada, 2015 ; Santé Canada, 2012a). À ce sujet, les analyses du cycle 2.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004 révèle que plus d'un quart des Canadiens entre 31 et 50 ans consomme plus de lipides que recommandé, et que ces lipides proviennent d'une petite variété de nourriture, notamment des aliments préparés hors de la maison (Statistique Canada, 2006). Aussi, la recherche indique que seulement 50 % des Canadiens atteint une consommation de fruits et légumes acceptable selon le Guide alimentaire canadien et environ un quart des hommes âgés de 14 à 70 consomment des portions excessives de viandes et substituts (Statistique Canada, 2006). Collins, Morgan, Warren, Lubans et Callister (2011) rapportent une résistance particulière à une alimentation saine chez leur échantillon d'hommes, car ils ne sont pas arrivés à augmenter leurs consommations de fruits et légumes, ou à réduire leur consommation d'alcool, après une intervention de perte de poids intégrant l'alimentation saine et l'activité physique.

Raine (2005) explique que les facteurs pouvant faciliter ou entraver l'adoption de saines habitudes alimentaires sont représentés par deux catégories : les déterminants individuels du choix alimentaire personnel et les déterminants collectifs. La première englobe l'état et

les facteurs physiologiques de l'individu, les connaissances et la préférence alimentaire ainsi que la perception d'alimentation saine (Raine, 2005). D'autre part, la deuxième catégorie englobe les déterminants environnementaux et les politiques publiques qui encouragent des environnements d'alimentation saine. Ces sous-catégories incluent alors les influences interpersonnelles, l'environnement physique, l'environnement économique, l'environnement social et la création d'environnement qui favorise l'alimentation saine par l'entremise de politiques publiques saines (Raine, 2005). En plus d'identifier plusieurs facteurs influençant l'alimentation saine, l'étude de Raine démontre la complexité du comportement alimentaire sain. Or, la complexité des comportements sains ne se limite pas aux comportements alimentaires, se présentant aussi avec les comportements d'activité physique.

Selon les recommandations de l'OMS, il est conseillé pour un adulte de pratiquer 150 minutes d'activité aérobie à une intensité modérée ou un minimum de 75 minutes d'activité à intensité soutenue par semaine (OMS, 2014a). Une activité physique quotidienne joue un rôle important dans le maintien d'un poids santé, mais aussi à la réduction du risque pour les maladies cardiovasculaires, du diabète de type II et de certains cancers, et réussit à améliorer la force des os et des muscles (Center for Disease Control and Prevention, 2011). Malgré ce qui précède, une étude exhaustive des niveaux d'activité physique des Canadiens réalisée par Colley *et al.* (2011) stipulent que seulement 15,4 % des adultes au Canada respectent les recommandations de 150 minutes d'activité physique modérée par semaine. De plus, les hommes atteints d'embonpoint ou d'obésité consacrent moins de temps par jour à l'activité physique modérée/vigoureuse que les hommes ayant un poids santé. Les raisons qui sous-tendent une faible



participation à l'activité physique sont nombreuses et dynamiques. Une étude qui traite des contributions au déclin de l'activité physique par Brownson, Boehmer et Luke (2005) attribue une grande importance aux facteurs sociétaux pour expliquer ce déclin. Par exemple, ils constatent qu'en 1970, 20 % des personnes qui travaillaient aux États-Unis occupait un emploi exigeant seulement une activité physique légère (p.ex. du travail de bureau) tandis qu'en 2000, plus de 40 % des personnes occupaient ces types d'emplois.

En raison de la complexité des déterminants de l'obésité, la prise en compte de ceux-ci dépasse le propos de ce projet. Toutefois, trois phénomènes clés pouvant contrecarrer le surpoids chez les hommes et relatifs à ce projet de thèse sont; l'importance de l'éducation à la santé, comprendre les effets de la « masculinité » sur la gestion de poids, et le développement d'interventions sensibles au genre masculin.

### ***Importance de l'éducation à la santé***

La littératie en santé est définie par l'Agence de la santé publique du Canada (2014) comme étant « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de sa vie » (section *qu'est-ce que la littératie en santé?* para. 1). Le lien positif entre une meilleure littératie en santé et une meilleure santé est bien connu (Baker, Parker, Williams et Clark, 1998; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern et Crotty, 2011; DeWalt et Hink, 2009; Kindig, Panzer et Nielsen-Bohlman, 2004). Les individus ayant un niveau de littératie en santé moins élevé ont tendance à avoir des comportements défavorisant la santé (Cordier et Wilson, 2014).

Ceci s'avère problématique au Canada puisqu'environ 60 % de la population a un faible niveau de littératie en santé (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008). De plus, de nombreuses études ont pu démontrer que les hommes ont des niveaux de littératie en santé moins élevés que les femmes (Men's Health Forum, 2016a). Une étude particulière par Von Wagner, Knight, Steptoe et Wardle (2007), constate que les hommes sont en effet deux fois plus probable que les femmes à avoir une littératie en santé inadéquate. Une faible littératie en santé chez plus de la moitié de la population canadienne met en évidence le besoin de programmes destinés à augmenter les connaissances en santé dans le but d'adopter des comportements favorisant la santé.

Étant donné que les comportements de santé favorisant le surpoids sont souvent en lien avec l'apport ou la dépense d'énergie, les études qui traitent du lien entre les connaissances et les comportements en santé portent principalement sur l'alimentation et/ou l'activité physique (Raine, 2005). Une stratégie de promotion de la santé qui a comme but d'améliorer les comportements en santé en augmentant les connaissances à ce sujet est l'éducation en matière de la santé (OMS, 2016).

L'éducation en matière de la santé est difficile à définir puisqu'elle est utilisée dans une variété de contextes et les différents types de professionnels utilisent des variations pour satisfaire à leurs pratiques (Butler, 2001). La définition la plus courante provient de Green et Kreuger (1999) qui définit le concept comme suit : « l'éducation à la santé est un ensemble planifié d'expériences d'apprentissage visant à prédisposer une personne et à la rendre apte à adopter volontairement des comportements favorables à la santé ainsi qu'à soutenir l'adoption de ces comportements » (tel que cité par Hagan et Bujold, 2010 p.7).

Cette définition possède plusieurs composantes clairement décrites par plusieurs (Carroll, 2006 ; Hagan et Bujold, 2010). La première composante s'agit du terme « éducation ». Ici, il est préférable au terme « enseignement » puisqu'il a un sens moins étroit et vise le développement holistique du potentiel de l'individu incluant le développement de son autonomie et de sa pensée critique. Un « ensemble planifié » fait référence à une définition systémique des apprentissages ainsi qu'une organisation et planification de celles-ci afin de permettre une éducation efficace. Les « expériences d'apprentissages » sont divers styles d'apprentissages qui peuvent être utilisés ainsi que les différents niveaux d'apprentissage. Ces expériences peuvent également changer en fonction du contexte et des ressources dont on peut disposer. Le prochain concept « visant à prédisposer » veut dire rendre l'individu réceptif et développer une motivation soutenue pour apprendre et/ou changer son comportement, tandis que le terme « rendre apte » signifie rendre l'individu capable d'adopter un comportement santé. « Soutenir » affirme qu'il faut aider l'individu à maintenir le comportement sain récemment acquis par diverses façons (p.ex. offrir de la rétroaction) et finalement, « l'adoption volontaire de comportements favorables à la santé » signifie que le but principal de l'éducation à la santé est une amélioration de la qualité de vie des individus via l'adoption volontaire de comportements saines.

Un intérêt particulier pour ce projet de recherche est l'éducation à la santé par les pairs. C'est une stratégie de promotion de la santé mise en œuvre par plusieurs organismes (Civil Society Organisations, 2014 ; European Peer Training Organisation, 2014; Gold, 2014; Scottish Peer Education Network, 2014). Malgré sa popularité, l'éducation à la santé par les pairs rencontre souvent de l'ambiguïté quand vient le temps de la définir.

L'application de la stratégie des pairs-formateurs a été testée dans divers domaines, comme la promotion de relations sexuelles saines (Sloane et Zimmer, 1993), le soutien pour la gestion de diabète (Zhong, Wang, Fisher et Tanasugarn, 2015), la consommation d'alcool saine chez les jeunes et la promotion de comportements sains chez d'autres populations comme les alcooliques dans le cas de programmes d'alcooliques anonymes (Humphreys *et al.*, 2004). Goldfinger, Arniella, Wylie-Rosett et Horowitz (2008) ont publié une étude ayant comme but d'évaluer l'efficacité d'un programme de gestion de poids mené par les pairs (*Project HEAL*). Les chercheurs ont pu constater qu'en moyenne, les participants ont perdu 4,4 livres à la fin de l'intervention ( $p < 0,01$ ) et ont réussi à significativement réduire leur apport alimentaire de graisses et de cholestérol ( $p < 0,01$ ) à la fin de l'intervention menée par les pairs. De plus, leurs connaissances au sujet de l'alimentation et de l'activité physique ont significativement augmenté ( $p = 0,003$ ) (Goldfinger *et al.*, 2008). En somme, une intervention communautaire dirigée par des pairs peut favoriser la perte de poids et le changement de comportements. Les communautés minoritaires qui sont principalement touchées par l'obésité et le diabète et qui ont un accès limité aux services de santé peuvent ainsi bénéficier de ce type de programme et les faibles coûts qui y sont associés.

### ***Comprendre les effets de la masculinité sur la gestion du poids***

Les types d'obésité et de surpoids diffèrent grandement entre sexes, et apportent différents risques à la santé pour les hommes que pour les femmes. Les hommes ont plus tendance à accumuler de la graisse abdominale (androïde) que les femmes qui à leur tour accumulent plus de graisse au niveau des hanches (gynoïde) (Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2004). L'accumulation de graisses abdominale, qui est plus

commune chez les hommes, est connue à être plus néfaste pour la santé qu'une accumulation au niveau des hanches (Wilmore, Costill et Kenney, 2008). Ceci explique ainsi le risque accru de certaines maladies, notamment le diabète de type II et les maladies cardiovasculaires chez les hommes. Comparativement aux femmes, les hommes semblent plus enclins à présenter un embonpoint. En revanche, les femmes sont plus enclines que les hommes à souffrir d'obésité de type II et III (Agence de la santé publique du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Une étude exhaustive de tendances globales d'embonpoint et d'obésité réalisée par Stevens *et al.* (2012) indique que l'Amérique du Nord est parmi les deux régions du monde ayant la plus grande augmentation d'obésité masculine entre les années 1980 et 2008. Les statistiques comparatives entre 2009 et 2013 ont montré que les taux combinés d'embonpoint et d'obésité parmi les hommes canadiens ont augmenté d'environ 11 % alors que parmi les femmes canadiennes cette augmentation a été d'environ 8 % (Statistique Canada, 2014). Bien que les taux d'embonpoint et d'obésité en Ontario soient comparables aux taux nationaux pour chaque sexe, une augmentation prononcée de ces taux est observée dans la région nord-ontarienne (Statistique Canada, 2013). De plus, les hommes francophones vivant en situation minoritaire, c'est-à-dire tous les hommes francophones vivant hors de la province du Québec, se perçoivent en moins bonne santé comparativement aux hommes anglophones vivants dans les mêmes régions (Bélanger *et al.*, 2011). Ceci est reflété dans les taux de prévalence d'embonpoint et d'obésité qui sont plus élevés pour les Franco-Ontariens que pour leurs homologues anglophones (Gagnon-Arpin, Makvandi, Imbeault, Batal et Bouchard, 2013). Plusieurs facteurs sont responsables de la disparité de surpoids entre les hommes et les femmes, certains ont des origines biologiques, mais plusieurs d'entre eux ont des origines sociaux-culturelles en lien avec la masculinité.

Pour bien comprendre ce qu'est la masculinité, il faut d'abord comprendre le genre et savoir comment il se distingue du sexe. Le sexe est un terme qui se réfère à la biologie. Selon l'OMS (2015c), le terme sexe « se réfère davantage aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes des femmes » (section *Qu'entendons-nous par "sexe" et par "genre"?* para. 2). L'OMS utilise l'exemple que les hommes ont généralement de plus gros os que les femmes.

À son tour, le genre, selon l'OMS (2015c), « sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes » (section *Qu'entendons-nous par "sexe" et par "genre"?* para. 3). Le genre est influencé par le sexe, mais il n'est pas déterminé par celui-ci. Le genre est mis au point par les interactions sociales et se manifeste de façons différentes selon le contexte, par exemple : la culture, l'époque et l'économie (Lafrance, 2015). Un bon exemple de rôle socialement déterminé est que les femmes s'occupent plus souvent de travaux ménagers que les hommes dans la plupart des régions du monde (Organisation mondiale de la santé, 2015c).

Le genre est où s'insère le concept de la masculinité et son impact majeur sur la santé. Ce n'est qu'en 2000 que l'OMS a reconnu la nécessité de porter une plus grande attention à la santé des hommes en raison de leur espérance de vie plus courte. L'OMS a identifié un manque de connaissances en ce qui a trait au rôle que joue la masculinité sur les comportements et les attentes en santé des hommes. Ce manque de connaissances était identifié comme le plus important facteur causal pour l'écart de santé entre les hommes et les femmes (OMS, 2000).

Il existe plusieurs types de masculinité qui sont de plus en plus visibles dans la société occidentale, mais la masculinité hégémonique demeure dominante (Centre de références pour professionnels sur les troubles de l'alimentation et de l'image corporelle au masculin, 2015b). La masculinité hégémonique, aussi connue comme la masculinité stéréotypique ou l'hypermasculinité, est définie par Evans, Frank, Oliffe et Gregory (2011) comme faisant référence à « l'homme blanc, hétérosexuel et de classe moyenne possédant des traits masculins stéréotypés tels que l'assurance, le contrôle, la force physique et l'absence d'émotions » (tel que cité par le Centre de références pour professionnels sur les troubles de l'alimentation et de l'image corporelle au masculin, 2015a section *qu'est-ce que la masculinité?*). Cette masculinité est associée à plusieurs caractères pouvant être néfastes à la santé comme la compétition, l'indépendance, la réussite à tout prix, l'invulnérabilité, l'absence d'émotions, et elle est directement liée au niveau de santé des hommes (Lafrance, 2015). Plusieurs chercheurs soulignent les effets néfastes que présente la masculinité hégémonique sur le recours aux services de soins de santé (Husaini, Moore et Cain, 1994 ; Padesky et Hammen, 1981; Thom, 1986). Les traits de caractère de la masculinité hégémonique, notamment l'individualisme et l'indépendance, peuvent empêcher le recours aux services de soin de santé, mais peuvent aussi jouer un rôle important sur le niveau d'alphabétisation en santé et les comportements sains en faveur d'un poids santé. En d'autres mots, un homme représentant les traits de caractère de la masculinité hégémonique sera, par exemple, moins probable à s'instruire davantage sur l'alimentation et à améliorer son comportement alimentaire (Lafrance, 2015).

Les hommes ne s'empêchent pas seulement de recourir aux services de santé parce que c'est perçu comme un acte fragile associé à la féminité, mais parce qu'ils préfèrent généralement s'auto-soigner avec, par exemple, des comportements d'abus d'alcool, de tabagisme, ou de violence (Oliffe et Phillips, 2008). Les taux de mortalité de certaines maladies, comme le cancer du poumon, sont beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes parce que le comportement associé (dans ce cas le tabagisme) est une caractéristique plus séduisante chez les hommes que chez les femmes (OMS, 2015b).

Quant à l'image corporelle, les hommes tout comme les femmes, ont leurs préoccupations. Un homme étant plus « masculin » s'il est grand, mince, et musclé. La différence est au point de vue psychologique, où les hommes ressentent de la honte envers leurs préoccupations et ont de la difficulté à en discuter puisque ce n'est pas une caractéristique de la masculinité hégémonique (Centre de références pour professionnels sur les troubles de l'alimentation et de l'image corporelle au masculin, 2015a). Des études par Jeffery (1996) ainsi que Wardle et Griffith (2001) ont démontré qu'à mesure que les sociétés se sont développées, les femmes ont acquis une perspective plus négative que les hommes envers l'obésité. De plus, une attitude publique plus négative envers l'obésité féminine peut expliquer le fait que les femmes ont plus recours aux stratégies de gestion de poids que les hommes (Yoon *et al.*, 2006).

Compte tenu de ce qui précède, la masculinité a une influence néfaste importante sur la santé des hommes. La population masculine a moins tendance à recourir aux services de soins de santé et peu de services sont prêts à accommoder les besoins spécifiques des hommes. L'écart grandissant entre le surpoids masculin et féminin met en évidence le



besoin imminent de rendre plus accessibles les services de santé pour la population masculine afin de réduire le taux de surpoids de cette population.

Une stratégie qui vise à réduire l'écart grandissant d'obésité entre les hommes et les femmes est d'offrir des interventions de gestion du poids non seulement pour hommes, mais sensibles aux besoins particuliers des hommes. Le type et le format des interventions sensibles au genre peuvent avoir un impact positif sur la participation des hommes tel que confirme la recherche de Pagoto *et al.* (2012). Par exemple, des preuves suggèrent que des interventions de gestion du poids pour la population masculine sont plus probables d'être efficaces si elles incluent un contact face-à-face dans un groupe et des rencontres fréquentes, soit trois fois par mois ou plus (Young *et al.*, 2012). De plus, il est suggéré que les hommes se sentent plus à l'aise à participer aux interventions qui sont autodirigées comparativement aux interventions dirigées par un conseiller (Pagoto *et al.*, 2012).

### ***Développement d'interventions sensibles aux genres***

C'est seulement récemment que des efforts ont commencé à être faits pour encourager la participation des hommes aux programmes de gestion de poids. L'obésité masculine a suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs, mais l'intérêt est surtout au niveau clinique (Hammoud, Gibson, Peterson, Meikle et Carrell, 2008 ; Osuna, Gomez-Perez, Arata-Bellabarba et Villaroel, 2006 ; Saboor Aftab, Kumar et Barber, 2013 ; Smith *et al.*, 2013). En dépit du fait que les hommes sont plus souvent atteints de maladies coronariennes (Mosca, Barrett-Connor et Wenger, 2011) et qu'un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires est l'obésité (Organisation mondiale de la santé, 2015a), peu

d'interventions destinées à aider la population masculine en surpoids à gérer ou réduire sa masse corporelle existent. Parmi les plus documentées dans la littérature, nous retrouvons : Football Fans In Training (FFIT), Self-Help, Exercise and Diet using Internet Technology (SHED-IT) et Preventing Obesity Without Eating Like a Rabbit (POWER). Tous ces programmes, bien que leur structure et leur adaptation aux réalités et préférences masculines soient excellentes, présentent chacun des forces et des faiblesses.

Le programme FITT évalué par Hunt *et al.* (2014) a offert à ses participants, soit des amateurs de football (soccer) en Écosse, des sessions d'information hebdomadaires pendant 12 semaines dans le stade de football professionnel local. Les sessions d'information portaient sur l'alimentation saine et l'activité physique et permettaient aux hommes de s'informer en salle de classe et pratiquer de l'activité physique sur le terrain de football. Au fur et à mesure que le programme avançait, les hommes passaient plus de temps à pratiquer de l'activité physique et utilisaient les sessions en classe pour des rappels ou des suivis. Les forces du programme sont la sensibilité pour la population masculine, qui inclut sa forme, son contenu, et la façon dont le programme a été offert. Un autre point positif est qu'il avait une phase de maintien de 9 mois au cours de laquelle les participants recevaient des rappels par courriel et un suivi de 12 mois. Par contre, le programme FITT avait certaines faiblesses incluant une approche étroite à un style de vie sain, incorporant seulement l'alimentation et l'activité physique. Aussi, une approche centrée sur le football s'avère intéressante pour certains pays, mais cette approche est sans doute moins pertinente pour la population canadienne où le football est beaucoup moins populaire.

Le programme SHED-IT, décrit par Morgan *et al.* (2010), a permis aux participants, soit des membres de la communauté universitaire de Newcastle University, une première rencontre face-à-face au cours de laquelle toutes les ressources du programme étaient fournies. Les ressources incluaient une présentation DVD de 25 minutes sur la perte de poids chez les hommes, un manuel de perte de poids SHED-IT, un livret de soutiens SHED-IT, un podomètre, un ruban à mesurer et un livret pour compter les kilojoules consommés et dépensés. Les hommes avaient également accès au site-web de thérapie comportementale « *Calorie King™* » qui fournit des outils et des informations aidant les individus à améliorer leur activité physique et leur alimentation. Les hommes devaient utiliser les ressources offertes pour apprendre aux sujets de l'alimentation saine et de l'activité physique et prenaient des mesures à ces sujets de façon régulière pendant une période de trois mois et un suivi a été effectué à six mois. Les forces de ce programme comprennent la sensibilité masculine du contenu et l'accès aux ressources. Le programme SHED-IT a attribué une attention particulière à l'alimentation et l'activité physique, des éléments importants quant à un style de vie sain, mais peu d'accent a été mis sur d'autres éléments importants, ce qui constitue une faiblesse du programme. Aussi, les hommes n'ont reçu qu'une seule rencontre face à face pendant une période de trois mois. Bien que l'approche autogérée soit une préférence pour la population masculine, le contact face à face et des rencontres fréquentes sont des éléments importants pour la forme d'un programme sensible aux hommes (Young *et al.*, 2012) ; ce qui n'était pas intégré dans le programme autogéré SHED-IT.

Le programme POWER a été inspiré par le programme SHED-IT, mais les ressources ont été adaptées aux réalités des travailleurs de poste (Morgan *et al.*, 2011). Ce programme

représente alors les points forts du programme SHED-IT en plus du fait qu'il a été adapté à la réalité de leur échantillon. Mais un point faible important est que les participants au programme POWER ont subi un suivi seulement 14 semaines suite à la complétude de l'intervention, ce qui laisse en question le maintien des effets observés et les effets à long terme du programme.

Les interventions de gestion de poids sensibles au genre ne sont pas nombreuses et aucun programme existant n'est complet et n'aborde une perspective holistique de l'éducation en poids santé pour les hommes. De plus, les programmes actuels n'ont pas été développés en tenant compte du contexte des hommes canadiens, encore moins, des francophones en contexte minoritaire. C'est pour ces raisons que la D<sup>re</sup> Jbilou a mis en oeuvre une revue systémique visant l'identification des stratégies et interventions efficaces en promotion d'un poids santé parmi les hommes. Cette revue a permis de développer un algorithme clinique incluant une intervention en éducation à la santé appeler *PairForm* © (Jbilou, 2014).

### ***Programme PairForm* ©**

Les objectifs de l'intervention en éducation à la santé (*PairForm* ©) sont de sensibiliser, d'encourager et d'éduquer les hommes en regard aux saines habitudes de vie selon une approche sensible au genre masculin. Ce programme vise également à améliorer, parmi les hommes, l'engagement et l'accès aux services de soins de santé primaire dans la communauté où il est offert. Il est sensible aux besoins des hommes dans son contenu et son format et son titre a recours à la stratégie d'éducation à la santé utilisée soit l'éducation à la santé par les pairs (Jbilou, 2014).

La forme du programme *PairForm* © est sensible au genre, du fait que l'intervention éducationnelle s'effectue en douze semaines, pendant lesquelles des sessions hebdomadaires interactives de groupes d'hommes face-à-face ont lieu dans un milieu de leur choix, qui peut être un lieu de travail. Un aspect important de l'intervention est qu'il ne s'agit pas de cours magistraux, mais plutôt d'un groupe d'entraide autogéré (éducation par les pairs). Les participants ont accès à divers spécialistes de la santé (diététicienne, infirmière autorisée et intervenant en santé communautaire) du centre de santé local pendant l'intervention auprès desquels ils pourront obtenir de l'information supplémentaire s'ils en jugent nécessaire. Les participants au programme *PairForm* © sont également suivis durant une période de 24 mois, une période beaucoup plus longue que les programmes existants.

Contrairement aux programmes existants, le contenu du programme *PairForm* © a une approche holistique à l'éducation à la santé. Le contenu du programme est sensible aux hommes du fait que chaque session vise à éduquer les participants à propos des différents facteurs influençant un style de vie sain chez la population masculine. Plus spécifiquement, le contenu du programme comprend les facteurs liés à l'alimentation, l'activité physique quotidienne, le tabagisme, la consommation d'alcool à faible risque, la gestion du stress, et l'utilisation des services de santé, tel qu'indiqué dans l'annexe A.

## OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Le programme *PairForm* © offert dans la ville du Grand Sudbury est un projet dirigé par la D<sup>re</sup> Jalila Jbilou (Université de Moncton) et Prof. Alain Gauthier (Université Laurentienne). Mon projet de maîtrise s'insère dans leur projet en se concentrant sur les effets à court-terme de l'intervention éducationnelle de 12 semaines du programme *PairForm* ©. Plus précisément, mon projet est guidé par deux objectifs de recherche, soit : 1) déterminer les effets à court-terme de l'intervention éducationnelle *PairForm* © sur *l'acquisition des connaissances et changement de comportements* en lien avec l'activité physique, l'alimentation, la consommation d'alcool, le tabagisme et la gestion du stress, et 2) examiner la perspective des participants à une intervention d'éducation par les pairs.

Les questions de recherche qui ont guidé mon travail et ont modulé le choix méthodologique sont les suivantes :

1. Quels sont les effets à court-terme de l'intervention éducationnelle *PairForm* © sur les connaissances et comportements en lien avec l'activité physique, l'alimentation, la consommation d'alcool, la gestion du stress et le tabagisme?
2. Quelles sont les expériences d'un groupe d'hommes en surpoids lors d'une participation à une intervention d'éducation à la santé autodirigé par des pairs?

## MÉTHODOLOGIE

### *Devis de recherche*

Mes questions de recherche ont mené au choix méthodologique d'une étude de cas. Une première raison pour laquelle l'étude de cas est pertinente pour cette étude est parce que ce fut la première fois que le programme *PairForm* © a été offert dans la ville du Grand Sudbury, représentant ainsi un cas particulier. Yin (2014) énonce l'importance de la recherche par étude de cas dans le cadre de l'évaluation en soulignant son rôle fonctionnel et légitime. Il existe trois grands types d'études de cas utilisées dans le but d'évaluation, et parmi ceux-ci se trouve l'étude de cas dans le cadre d'une évaluation plus large (Yin, 2014). Ce type d'étude de cas, le plus commun parmi les trois types en évaluation (Yin, 2014), est le devis de recherche pour mon projet. L'évaluation du programme *PairForm* ©, soit le projet dirigé par D<sup>re</sup> Jbilou et Prof. Gauthier, constitue le plus large projet dans lequel mon projet s'insère en vue d'évaluer les effets à court-terme de l'intervention éducationnelle du programme sur certains aspects de la santé, et comprendre l'expérience des participants lors de l'intervention éducationnelle.

Une étude de cas peut aussi être soit unique ou multiple, et soit intégrée ou holistique (Yin, 2014). Mon projet représente une étude de cas unique, où l'intervention éducationnelle *PairForm* © est le cas à l'étude, et représente aussi un modèle intégré puisqu'il incorpore deux types de données 1) quantitatives pour identifier l'acquisition de connaissances et le changement de comportements, et 2) qualitatives pour comprendre les expériences et perspectives des participants. Pour couvrir la complexité d'un cas

particulier, une étude de cas pour l'évaluation de programme doit se fier à plusieurs sources de preuve (Yin, 2014). Les méthodes de recherche mixtes combinent les approches quantitatives et qualitatives, permettant ainsi aux chercheurs de répondre à un plus large éventail de questions de recherche. Une approche méthodologique mixte est devenue de plus en plus populaire dans un grand nombre de domaines de recherche incluant le domaine de la santé (Creswell et Plano Clark, 2007). Cette approche offre une meilleure compréhension de la problématique ne pouvant pas être offerte par seul le qualitatif ou quantitatif (Creswell et Plano Clark, 2007). Un seul type de données n'aura pas été suffisant pour répondre à mes différents types de questions de recherche, et une étude de cas m'a permis d'appliquer une approche méthodologique mixte pour répondre aux deux questions de recherches de natures différentes.

### **La triangulation**

Pour cette étude de cas, une approche méthodologique par triangulation a été utilisée. Selon Morse (1991), la triangulation est un modèle de méthode mixte qui a comme but d'obtenir des données différentes, mais complémentaires sur le même sujet pour mieux comprendre la problématique, tel que cité par Creswell et Plano Clark (2007). La triangulation permet au chercheur de faire des collectes de données quantitatives et qualitatives pendant une seule phase de recherche et d'accorder une importance égale à chacun des types de données. Cette méthodologie mixte est la plus commune et s'avère un choix populaire pour les nouveaux chercheurs (Creswell et Plano Clark, 2007).

### **La triangulation convergente**

Le modèle de triangulation convergente est pertinent pour cette recherche puisqu'elle m'a permis de faire les collectes et les analyses séparément pour les données quantitatives et



qualitatives. Mais par la suite les résultats sont « convergés » (i.e., j'ai effectué une comparaison entre les deux types de données) afin d'offrir une interprétation globale. Pour appliquer le modèle de méthode mixte de triangulation convergée, j'ai recueilli des données quantitatives et qualitatives en suivant les recommandations de Butler (2001) pour une évaluation globale d'un programme d'éducation à la santé. Butler révèle qu'une évaluation globale de programme d'éducation à la santé comprend trois niveaux d'évaluation, soit : l'évaluation diagnostique, l'évaluation formative, et l'évaluation sommative de l'impact et des résultats. Dans cette étude, une évaluation diagnostique et sommative a eu lieu (i.e. branche quantitative). Ces évaluations sont ainsi complémentées avec une rétrospection sur l'expérience par les participants (i.e., branche qualitative). La branche quantitative vise à déterminer les effets à court-terme de l'intervention éducationnelle *PairForm* © (objectif 1) et la branche qualitative vise à déterminer et comprendre les expériences des hommes lors du processus d'intervention (objectif 2).

#### *Branche quantitative : Questionnaire*

L'évaluation diagnostique de l'intervention éducationnelle *PairForm* © est la première évaluation quantitative effectuée par un questionnaire complété par les participants lors de la première rencontre des hommes, deux semaines avant de commencer l'intervention éducationnelle (-2 semaines). Avec ce questionnaire, j'ai cherché à établir des informations de base sur les comportements et connaissances en lien avec l'alimentation, la consommation d'alcool, le tabagisme, l'activité physique et la gestion du stress qui serviront comme base de comparaison avec les résultats post-intervention, c'est-à-dire l'évaluation sommative.

À la complétude de l'intervention éducationnelle *PairForm* ©, le même questionnaire utilisé pour l'évaluation diagnostique a été redistribué et rempli par les participants à la dernière rencontre de l'intervention (semaine 12). Ces résultats m'ont permis de faire une évaluation sommative en comparant les résultats du questionnaire pré-intervention à ceux du même questionnaire post-intervention. Ces résultats m'ont offert des informations concernant la capacité de l'intervention éducationnelle *PairForm* © à engendrer des changements de connaissances et comportements à court-terme chez les participants.

#### *Branche qualitative : Groupe de discussion et entrevue*

L'évaluation de l'expérience des participants lors de l'intervention éducationnelle *PairForm* © a été effectuée à la fin de l'intervention par moyens d'un groupe de discussion avec les participants (semaine 12), et d'une entrevue avec le pair facilitateur à un temps qui lui ait convenu suite à la complétude de l'intervention. Le groupe de discussion et l'entrevue étaient semi-structurés afin de permettre l'exploration de sujets inattendus qui peuvent émerger durant les discours. Les questions ouvertes dirigeant la discussion et l'entrevue avec le pair facilitateur peuvent être récupérées dans les annexes B et C respectivement. Les résultats de cette branche qualitative m'ont permis de mieux comprendre l'expérience des participants lors de l'intervention éducationnelle du programme *PairForm* ©.

### ***Participants***

#### **Branche quantitative**

Le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury (CSCGS) a diffusé une invitation de participation au programme *PairForm* © pour les employés masculins âgés entre 25 et 54 ans dans un milieu de travail francophone local. Les hommes ayant répondu à

l'invitation du CSCGS ont été sollicités pour participer à notre recherche. Ce recrutement des participants a été fait lors d'une première rencontre avec les participants au CSCGS. Étant donné que le programme *PairForm* © se veut inclusif et vise à sensibiliser les hommes quant à leur engagement envers leur santé, nous avons accepté de retenir la participation des hommes dont l'âge dépassait la limite de 54 ans.

Un pair facilitateur, soit un des participants au programme, a été identifié par la personne responsable du recrutement chez l'employeur. Le pair facilitateur a bénéficié d'une séance de formation sur le programme *PairForm* © livrée par la conceptrice de celui-ci (D<sup>re</sup> Jalila Jbilou). Cette formation de trois heures consistait en un retour sur les 12 sessions de l'intervention éducationnelle, incluant leur contenu et le rôle majeur de motivation que doit jouer le pair facilitateur. Par ailleurs, le pair facilitateur a reçu les coordonnées des membres de l'équipe de recherche afin de communiquer avec eux pour toutes questions ou préoccupations du groupe ainsi que pour l'organisation des différentes activités inhérentes au programme ou à la collecte des données. Cette rencontre, qui a eu lieu quelques heures avant la première rencontre des participants (-2 semaines), a permis au pair facilitateur de prendre connaissance des modules éducationnels et des ressources disponibles. C'était également une occasion lui permettant de poser des questions de clarification au besoin. Le pair facilitateur avait ensuite deux semaines pour revoir le matériel avant le début de l'intervention et communiquer avec l'équipe de recherche ou les membres du CSCGS pour toute question.

## **Branche qualitative**

Tous les participants ayant exprimé un intérêt à participer au programme *PairForm* © ont été invités à participer à un groupe de discussion après la semaine 12 de l'intervention et une entrevue a été menée avec le pair facilitateur.

## ***Matériel***

### **Questionnaire**

Le questionnaire *PairForm*© a été créé par la D<sup>re</sup> Jalila Jbilou pour évaluer certaines composantes de la santé des hommes participant à l'intervention éducationnelle de 12 semaines du programme *PairForm* ©. Le questionnaire original était composé de 13 questions touchant divers éléments de la santé tels l'activité physique, l'alimentation, la gestion du stress, la consommation d'alcool et le tabagisme. À l'exception de quelques questions sur les comportements en lien avec la santé, le questionnaire visait principalement à établir le niveau d'alphabétisation en santé des participants pré et post intervention.

Pour cette étude, en consultation avec une équipe interdisciplinaire de santé (incluant une diététicienne, une travailleuse sociale, un intervenant en activité physique, une infirmière autorisée, une promotrice de la santé et mes superviseurs) j'ai ajouté des questions supplémentaires portant sur les connaissances et les comportements en lien avec les mêmes cinq éléments de la santé retrouvés dans le questionnaire *PairForm* © original. Douze questions supplémentaires ont été identifiées et ajoutées au questionnaire original afin d'aborder de façon plus approfondie les connaissances et comportements en lien avec chacun des cinq éléments de la santé (l'activité physique, l'alimentation, la gestion du

stress, la consommation d'alcool et le tabagisme). Le tableau 1 illustre la répartition des types de questions dans le questionnaire *PairForm* © utilisé pour cette étude. Les questions ayant été ajoutées au questionnaire *PairForm* © (retrouvé à l'annexe D) sont les suivantes : questions 4, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24 et 25. Les questions 22 et 23 sont des questions extraites du questionnaire « Godin Leisure-Time Exercise » (Godin et Shephard, 1997).

*Tableau 1 : Classification des questions selon les informations qu'elles sont destinées à recueillir*

	<b>Connaissances</b>	<b>Comportement</b>
<b>Alimentation</b>	12, 13, 19	16, 17, 18
<b>Activité physique</b>	20, 21, 24	22, 23, 25
<b>Gestion du stress</b>	8, 9	10, 11
<b>Consommation d'alcool</b>	14	15
<b>Tabagisme</b>	5c, 5d	5a, 5b
<b>Autres*</b>	2, 4, 7	1, 3, 6

*\*Cette catégorie comporte aussi des questions impliquant plus d'une dimension de la santé.*

### **Ressources pour les participants**

Les ressources offertes aux participants pour les sessions éducationnelles du programme *PairForm*© sont incluses dans des modules éducationnels. Ces modules font partie du matériel original du programme développé par l'équipe de recherche de la D<sup>re</sup> Jbilou.

Aucune modification n'a été apportée à ces ressources pour l'intervention faisant le but de cette étude. Les participants ont aussi eu recours à l'appui des professionnels de la santé du CSCGS selon leurs besoins.

## ***Procédure***

### **Collecte de données**

#### ***Branche quantitative***

La première rencontre des participants avec l'équipe de recherche a eu lieu au CSCGS pendant une heure à l'heure du dîner et un repas a été servi. Lors de cette première rencontre avec les participants, une trousse d'information contenant une page d'introduction au projet de recherche (voir annexe E), un formulaire de consentement (voir annexe F), une ligne de temps du programme (voir annexe G), et le questionnaire *PairForm* © (voir annexe D) ont été distribués. Nous (l'équipe de recherche) avons ensuite présenté le projet de recherche et avons invité les participants à remplir le formulaire de consentement s'ils souhaitaient y participer. Les participants ont été avisés que leur participation à la recherche n'était pas nécessaire afin de participer au programme *PairForm* © et que leur participation était entièrement volontaire, leur permettant de se retirer de l'étude à n'importe quel temps.

Lors de la dernière rencontre des participants (semaine 12) ayant eu lieu dans le milieu de travail, le questionnaire *PairForm* © a été redistribué aux participants ayant fourni leur consentement à la recherche.

### *Branche qualitative*

Suite à la collecte de donnée de la branche quantitative lors de la dernière rencontre (semaine 12), les participants ont reçu une explication de la branche qualitative qui constitue un groupe de discussion avec tous les participants et une entrevue individuelle avec le pair facilitateur. Les participants ont reçu un document d'information sur la branche qualitative (voir annexe H) et un deuxième formulaire de consentement (voir annexe I). Ils ont encore une fois été informés que leur participation est entièrement volontaire et qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à n'importe quel moment.

Le groupe de discussion devait être d'une durée d'environ 60 à 90 minutes et le tout a été enregistré. Les questions ouvertes qui ont guidé la discussion sont énumérées dans l'annexe B.

Une entrevue avec le pair facilitateur a également eu lieu à la fin du programme. L'entrevue devait durer environ 30 à 60 minutes et le tout a été enregistré. Les questions ouvertes qui ont guidé l'entrevue sont énumérées dans l'annexe C.

### **Analyse de données**

#### *Branche quantitative*

Toutes les données pré et post intervention ont été saisies dans le logiciel SPSS version 23. L'analyse des données pour cette étude se limite à la description de réponses (moyenne et fréquence) aux questions portant sur les connaissances et comportements d'activité physique, d'alimentation, de gestion du stress, de consommation d'alcool et du tabagisme, soit les questions 5 à 25 inclusivement. De plus, seulement les participants

ayant fourni une réponse valide pré et post intervention sont inclus dans les analyses. Pour certaines questions, les réponses ont été dérivées en fonction des normes d'acceptabilité (p.ex. les participants ayant atteint sept portions de fruits et légumes par jour). Chaque variable du questionnaire est décrite dans le dictionnaire de variables (voir annexe J).

### *Branche qualitative*

Les données qualitatives, soit le discours du groupe de discussion et de l'entrevue, ont été analysées thématiquement comme un ensemble de données. Les discours ont subi une analyse inductive qui a permis une identification des thèmes et concepts clés à partir des données. Plus précisément, les données ont subi une analyse thématique telle que décrite par Braun et Clarke (2006). Suite à la collecte de données, je me suis familiarisée avec les discours en écoutant les enregistrements à trois reprises. Les enregistrements ont ensuite été transcrits mot pour mot. Les retranscriptions ont par la suite été révisées en écoutant les enregistrements pour assurer d'une retranscription exacte des mots et de la ponctuation. Par la suite, des unités de texte ont été identifiées et codées. Les unités de textes codés ont été regroupées selon leur similitude afin de générer des concepts et des thèmes potentiels. Une revue de ces thèmes m'a permis de raffiner ces derniers et produire des thèmes finaux. J'ai créé un document pour chaque concept clé identifié et un tableau pour chaque thème correspondant. J'ai organisé les tableaux de sorte qu'ils comprennent tous les unités de texte du thème identifié et leur code correspondant pour faciliter l'interprétation des résultats. Afin de faciliter la lecture et la compréhension du discours, certaines corrections grammaticales ont été effectuées aux citations rapportées et la non-fluidité verbale a été supprimée.



Une rigueur qualitative a été assurée par divers moyens de validation élucidés par Creswell et Miller (2000). D’abord, le discours du groupe de discussion et celui de l’entrevue avec le pair facilitateur ont été convergés à l’aide du processus de validation de triangulation par lequel des thèmes communs entre les deux discours ont été identifiés. De plus, une piste d’audit a été établie lors des analyses des discours. C’est-à-dire que chaque étape de l’analyse fut bien documentée. L’analyse inclut aussi une description riche et approfondie décrivant le cadre, les participants et les thèmes identifiés. Enfin, la validité a été rassurée avec plusieurs consultations auprès du comité encadreur au courant de chaque étape de l’analyse qualitative.

### ***Demande de déontologie***

Ce projet de recherche a obtenu une approbation déontologique du Comité déontologique de l’Université Laurentienne (CÉRUL) le 9 octobre 2014 (voir annexe K). Une approbation déontologique du milieu de travail dans lequel l’intervention *PairForm* © a eu lieu a également été obtenue. Un amendement pour la branche qualitative de ce projet a été approuvé par les comités déontologiques.

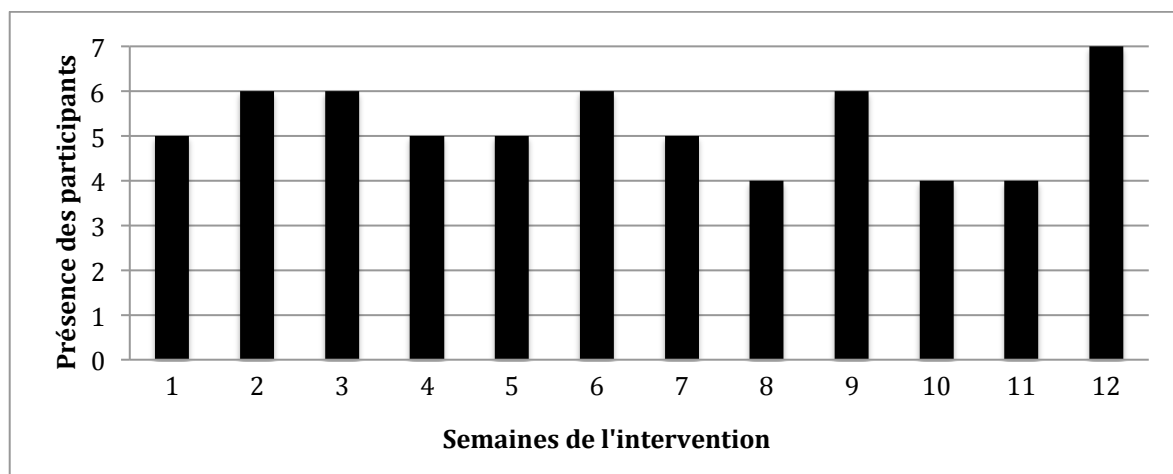
## RÉSULTATS

### *Branche quantitative*

#### **Participants**

Huit hommes ont démontré un intérêt à participer au programme *PairForm*© lors de la première rencontre des participants au CSCGS le mardi 20 janvier 2015, soit deux semaines avant le début de l'intervention. Un homme n'a pas commencé le programme et a été retiré des analyses quantitatives. L'âge moyen des participants était de 55 ans (51-59) et l'IMC moyenne était de 35,6 kg/m<sup>2</sup> (29,4-56,9). Les sept hommes qui ont commencé le programme l'ont complété (rétention de 100 %) mais en moyenne, chaque homme s'est présenté à neuf des 12 sessions hebdomadaires de l'intervention éducationnelle. Pour trois des 12 sessions il n'y a que quatre hommes qui se sont présentés et une participation maximale n'est qu'observée à la dernière rencontre du programme. La fluctuation de présence des hommes au courant des douze semaines peut être observée au *Graphique 1*.

*Graphique 1 : Présence hebdomadaire des participants à l'intervention éducationnelle du programme PairForm ©*



## **Alimentation**

### *Connaissances*

Très peu de changements ont été observés dans les réponses des participants en ce qui concerne les questions de connaissances en alimentation. Trois participants ont correctement identifié le niveau de gras et de sel sur une étiquette alimentaire post-intervention comparativement à un seul participant pré-intervention. Aussi, une augmentation d'une réponse correcte a été observée concernant les aliments riches ou pauvres en gras. Deux des huit questions au sujet des connaissances en alimentation étaient initialement correctement répondues par tous les participants ayant fourni une réponse pré et post-intervention. Tel que démontré dans le *Tableau 2*, les réponses du questionnaire post-intervention ont démontré un maintien de ces connaissances en alimentation.

*Tableau 2 : Fréquence de réponses pré et post intervention pour les questions de connaissances en alimentation*

		Pré	Post
Q12	a) La soupe est faible en gras et en sel	1/5	3/5
	b) Je ne dois rien faire, c'est une soupe « santé »	2/4	2/4
Q13	Muffins du commerce riches en gras	6/6	6/6
	Pâtes faibles en gras	4/4	4/4
	Crème de légumes riche en gras	5/6	6/6
	Céréales granolas riches en gras	0/6	0/6
	Salade grecque riche en gras	4/6	4/6
Q19	Mange sainement	2/5	2/5

### *Comportements*

Une augmentation de réponses positives a été observée pour chaque question portant sur les comportements alimentaires tel que démontré dans le *Tableau 3*. Après l'intervention, cinq participants ont rapporté avoir amélioré leur alimentation pendant les 30 derniers jours comparativement à trois participants pré-intervention. La moyenne de la fréquence hebdomadaire de consommation d'aliments préparés hors de la maison a diminué de 2,33 à 2,00 visites par semaine. De plus, les participants ont consommé, en moyenne, un déjeuner de plus par semaine et ont augmenté leur fréquence de consommation alimentaire quotidienne de 0,33 repas par jour. Leur consommation quotidienne moyenne de portions de fruits et de légumes a également augmenté de 0,33 et 0,75 portion respectivement. Le nombre de participants ayant atteint les recommandations de consommation de fruits et de légumes de Santé Canada (2011) de 7 portions/jour a doublé post-intervention (passé de 1 à 2 participants sur 6).

*Tableau 3 : Fréquence et moyennes de réponses pré et post intervention pour les questions de comportements en alimentation*

		Pré	Post
Q6	A amélioré son alimentation	3/6	5/6
Q16	Fréquence hebdomadaire de consommation d'aliments préparés hors de la maison ( $\bar{x}$ )	2,33*	2,00*
Q17	Déjeuner par semaine ( $\bar{x}$ )	5,17*	6,50*
	Repas par jour ( $\bar{x}$ )	4,43*	4,76*
Q18	Portions de fruits par jour ( $\bar{x}$ )	2,42*	2,75*
	Portions de légumes par jour ( $\bar{x}$ )	2,25*	3,00*
	Participants ayant atteint 7 portions par jour	1/6	2/6

\* Une réponse manquante

## Activité physique

### Connaissances

Les participants ont démontré un changement de connaissances au sujet de l'activité physique. Plus précisément, les participants ont pu identifier un plus grand nombre d'effets bénéfiques de l'activité physique, et plus de participants ont été en mesure d'identifier de bons signes d'activité physique efficace (voir *Tableau 4*).

*Tableau 4 : Fréquence de réponses pré et post intervention pour les questions de connaissances en activité physique*

		Pré	Post
Q20	25 min d'activité physique/jour ou plus pour être en santé	6/7	6/7
Q21	Participants ayant indiqués de bons signes d'AP efficace	3/5	5/5
Q24	Une bonne réponse	1/7	0/7
	Quatre bonnes réponses	2/7	1/7
	Toutes les bonnes réponses	4/7	6/7

### *Comportements*

Malgré une augmentation de réponses positives concernant les connaissances d'activité physique, il n'existe pas de preuve convaincante concernant une amélioration de comportements d'activité chez les participants à la fin de l'intervention éducationnelle *PairForm* ©. Suite à l'intervention, plus de participants ont rapporté avoir fait de l'exercice au courant des 30 derniers jours, plus de participants ont rapporté avoir participé à une activité physique suffisamment longtemps pour provoquer une transpiration, et les METs calculés pour le questionnaire « Godin Leisure-Time Exercise » concernant l'activité physique d'intensité moyenne ont augmenté. Par contre, les METs calculés pour l'activité physique d'intensité élevée et faible ont diminué, et le taux moyen d'activité hebdomadaire pendant les loisirs, aussi calculé dans le questionnaire « Godin Leisure-Time Exercise », a diminué post-intervention (voir *Tableau 5*).

*Tableau 5 : Fréquence et moyennes de réponses pré et post intervention pour les questions de comportements en activité physique*

		Pré	Post
Q6	A fait de l'exercice	3/6	5/6
Q22	Taux d'activité hebdomadaire pendant les loisirs ( $\bar{x}$ )	41,58	34,83
	METs pour l'AP d'intensité élevée ( $\bar{x}$ )	11,25*	6,00*
	METs pour l'AP d'intensité modérée ( $\bar{x}$ )	10,83*	15,83*
	METs pour l'AP d'intensité faible ( $\bar{x}$ )	19,50*	13,00*
Q23	Souvent	0/7	3/7
	Parfois	4/7	3/7
	Jamais/rarement	3/7	1/7
Q25	Non, il n'y a pas de raison	4*	4*
	Inconforts dans les salles d'entraînement	1*	1*
	Je n'aime pas faire de l'exercice	1*	0*
	L'accessibilité d'équipement ou de terrain sportifs	1*	1*
	Autre (paresse, motivation, procrastination)	2*	3*

\* Une réponse manquante

## Gestion du stress

### Connaissances

Les participants ont démontré une augmentation de connaissances concernant la gestion du stress. Tel que démontré dans le *Tableau 6*, la moyenne des symptômes de stress identifiés par les participants a augmenté de 3,17 symptômes pré-intervention à 4,67 symptômes post-intervention. De plus, les participants ont identifié plus de signes de dépression post-intervention.

*Tableau 6 : Fréquence et moyenne de réponses pré et post intervention pour les questions de connaissances en gestion du stress*

		Pré	Post
Q8	Facteurs de risques identifiés ( $\bar{x}$ )	3,17*	4,67*
	Une bonne réponse identifiée	1/6	0/6
	Deux bonnes réponses identifiées	1/6	0/6
	Trois bonnes réponses identifiées	2/6	0/6
	Quatre bonnes réponses identifiées	1/6	3/6
	Cinq bonnes réponses identifiées	0/6	2/6
	Toutes les bonnes réponses identifiées	1/6	1/6
Q9	Une bonne réponse	2/6	0/6
	Deux bonnes réponses	2/6	0/6
	Trois bonnes réponses	0/6	1/6
	Quatre bonnes réponses	0/6	2/6
	Cinq bonnes réponses	2/6	3/6

\* Une réponse manquante

### Comportements

Les résultats concernant les comportements de gestion de stress retrouvés dans le *Tableau 7* sont intéressants. Les moyennes de niveau de stress au travail et dans la vie personnelle rapportées sur une échelle de 0 à 10, ont augmenté de façon négligeable de 0,30 et 0,10

respectivement, mais les participants ont rapporté avoir pratiqué un plus grand nombre de techniques de gestion du stress post-intervention.

*Tableau 7 : Fréquence et moyennes de réponses pré et post intervention pour les questions de comportements en gestion du stress*

		Pré	Post
Q10	Stress au travail ( $\bar{x}$ )	4,80**	5,10**
	Stress dans la vie sociale/personnelle ( $\bar{x}$ )	3,60**	3,70**
Q11	Entraînement mental	1	0*
	Exercice	3	4*
	Lecture	1	2*
	Manger	2	0*
	Discussion	0	2*
	Massage	0	1*
	Généalogie	0	1*
	Repos	0	1*
	Rien	1	0*
	Télévision	1	1*

\* Une donnée manquante

\*\* Deux réponses manquantes

## **Consommation d'alcool**

### *Connaissances*

Pré-intervention, tous les participants ont rapporté que la consommation d'alcool à faible risque pour un homme est inférieure ou égale à trois verres d'alcool par jour avec une limite de 15 verres par semaine. Or, la limite comme telle de consommation d'alcool à faible risque a été identifiée par un seul participant. Post-intervention, tous les participants ont identifié une limite de consommation d'alcool à faible risque inférieure à la limite recommandée par le Guide de consommation d'alcool à faible risque du Centre canadien



de lutte contre les toxicomanies (2013); mais aucun participant n'a bien identifié la limite précise. Ces résultats sont présentés dans le *Tableau 8*.

*Tableau 8 : Fréquence de réponses pré et post intervention pour la question de connaissance au sujet de la consommation d'alcool*

		Pré	Post
Q14	Un homme peut boire 3 verres/jr, un max de 15/semaine	1/6	0/6

### *Comportements*

Comme démontré dans le *Tableau 9*, les comportements de consommation d'alcool observés chez les participants n'ont pas changé post-intervention. Or, à la pré-intervention, tous les participants consommaient un niveau d'alcool inférieur aux limites quotidiennes et hebdomadaires. Les participants ont maintenu les comportements sains de consommation d'alcool post-intervention.

*Tableau 9 : Fréquences et moyennes de réponses pré et post intervention pour la question de comportement au sujet de la consommation d'alcool*

		Pré	Post
Q15	Verres consommés par jour ( $\bar{x}$ )	0.17*	0,50*
	Participant consommant $\leq 3$ verres par jour	6/6	6/6
	Verres consommés par semaine ( $\bar{x}$ )	3,00**	2,60**
	Participant consommant $\leq 15$ verres par semaine	5/5	5/5

\* Une donnée manquante

\*\* Deux réponses manquantes

## **Tabagisme**

Aucun participant ne s'est identifié comme fumeur lors de la phase de pré-intervention et un maintien de ce comportement sain a été observé chez tous les participants lors de la phase de post-intervention. Les participants non-fumeurs n'avaient pas à fournir de réponses concernant les connaissances au sujet du tabagisme alors aucune observation n'était possible.

## ***Branche qualitative***

### **Participants**

Tous les participants ayant démontré un intérêt à participer à l'intervention éducationnelle du programme *PairForm* © (huit hommes) ont été invités à participer au groupe de discussion dans le milieu de travail le jour de leur dernière rencontre de l'intervention (semaine 12), soit le jeudi 23 avril 2015. Sept hommes ont participé au groupe de discussion; un participant au programme ne pouvait pas y assister en raison d'un conflit d'horaire. Le pair facilitateur a aussi participé à une entrevue individuelle le mercredi 13 mai 2015, dans son milieu de travail.

Les questions posées lors du groupe de discussion et de l'entrevue avec le pair facilitateur m'ont permis de coder le discours des participants à l'intervention éducationnelle *PairForm* © selon trois principes clés : 1) la création d'un environnement masculin, 2) les expériences de prises en charge du groupe et 3) les divergences individuelles. Plusieurs thèmes ont été identifiés dans les discours des participants pour chacun des trois principes clés.

## 1) Création d'un environnement masculin

### *Création d'un espace sécuritaire*

Pendant le groupe de discussion et l'entrevue, les hommes ont partagé leurs expériences aux sessions hebdomadaires avec enthousiasme. Ils ont décrit leurs expériences, ce qui a permis de faire ressortir les ouvertures émotionnelles qui ont eu lieu pendant les discussions hebdomadaires. Les sessions ont permis aux hommes de discuter d'éléments personnels, dans un environnement sans jugement. Un sens d'appartenance au sein du groupe et l'empathie pour les autres hommes était présent au cours du groupe de discussions quand les hommes « *se voyaient (participant 2)* » dans les situations des autres. Plusieurs participants ont mentionné que la session qui portait sur la gestion du stress leur a permis de s'ouvrir émotionnellement « *Il y a eu un « break through moment », il [un participant] s'est ouvert (participant 1)* » et ces ouvertures émotionnelles lui ont « *fait beaucoup de bien (participant 2)* ».

Le contenu sensible au genre a attiré l'attention des hommes ce qui leur a permis, de s'éloigner des éléments associés à la féminité qui sont selon eux « *une perte de temps (participant 2)* ». Aussi, ils ont choisi d'éviter des termes comme le mot « diète » associant celui-ci avec des portions excessivement réduites qui « *ne goute rien (participant 2)* ». Ils ont préféré utiliser le mot « alimentation » et ont utilisé le terme « activités » au lieu « d'exercices » puisque ce dernier, selon les participants, « *symbolise gym (participant 2)* ». En adoptant un discours positif commun, les hommes se sentaient plus à l'aise; ils étaient plus intéressés aux conversations et plus encouragés à essayer une meilleure alimentation et participé à l'activité physique.

### *Ambiance ouverte et informelle*

Le programme *PairForm* © offre aux participants des sessions hebdomadaires de discussions et les participants ont aimé l'ambiance sécuritaire sans jugement, mais ils ont aussi profité de la structure informelle et ouverte aux changements. Ces sessions leur ont permis de discuter de thèmes auxquels ils étaient intéressés, et ils ont expliqué que l'intérêt était un facteur de motivation pour leur participation au programme. L'efficacité était un élément important pour les hommes, ne voulant pas discuter de thèmes non pertinents comme le décrit le participant suivant :

*« Moi j'ai aimé qu'il y avait un beau plan de douze semaines très bien détaillé, sauf qu'on avait une flexibilité phénoménale. Parce qu'il y avait une semaine sur la cigarette. Bien moi j'ai regardé autour et il n'y avait pas de fumeurs. Est-ce qu'on est obligé de parler de cigarettes pendant une semaine? Non, on va perdre notre temps (participant 2). »*

La structure ouverte et informelle était un facteur important pour l'intérêt et la participation des hommes. Un autre participant a confirmé ceci en disant :

*« Tu trouves aussi les ateliers étaient animés d'une façon qu'on pouvait piger les connaissances au lieu de se faire donner les exposés magistraux d'une heure que quatre-vingt-dix pour-cent de l'information n'est pas utile. Je crois que c'est une des choses qui était très positive, qu'on pigeait, parce qu'on a pas mal toutes les mêmes choses en commun... [qu'on peut] trouver les choses qui vont nous bénéficier le plus (participant 6). »*

Ce discours met aussi en évidence l'importance du contrôle qui leur était donnée pendant le programme. Les hommes avaient un intérêt particulier pour le thème de l'alimentation,

et ont apprécié la flexibilité pour discuter de l'alimentation pendant plusieurs sessions. Ils ont invité la diététicienne du CSCGS pour assister à deux des 12 sessions hebdomadaires et ont invité des collègues avec une expertise en alimentation afin de partager leurs expériences pendant les autres sessions.

#### *Développement du soutien des pairs*

Les participants se sont sentis à l'aise durant les sessions hebdomadaires puisque c'était un milieu familier (un milieu de travail) et qu'ils se connaissaient un peu avant de commencer le programme. Le fait d'offrir le programme dans un milieu de travail a permis aux hommes de s'encourager à l'extérieur du programme quand ils se voyaient pendant leur heure du dîner ou dans les couloirs. À plusieurs reprises les hommes ont expliqué que leur confort au sein du groupe n'était pas simplement en raison qu'ils étaient tous des hommes en surpoids, mais parce qu'ils avaient tous à peu près le même âge de 55 ans (51-59). Certains auraient été moins à l'aise avec des hommes moins âgés comme l'explique le participant suivant : « *Moi je trouverais ça un peu intimidant un gars de vingt ans, trente ans, qui est ici avec nous autres et qui se vante qu'il joue au hockey trois fois par semaine (participant 2).* »

Une dimension de support masculin était évidente au tout début du groupe de discussion quand un participant a mentionné faire son entraînement physique avec des pairs au lieu d'un entraîneur professionnel en disant :

« *Moi j'ai vu qu'il y a une équipe qui a été formée, comme une petite gang et j'espère que cette petite gang continue et peut-être parce que moi j'ai fini avec*

*mon entraîneur maintenant, ça serait toujours bon d'avoir une couple de copains qu'on peut aller au gymnase ensemble (participant 5). »*

Le soutien entre les participants est valorisé et il a eu une reconnaissance au sein du groupe de l'importance du soutien social comme le mentionne le participant suivant :

*« ... c'est sûr que si une personne décide de commencer une diète, la personne est vouée à l'échec. Tu as besoin d'avoir un groupe autour de toi puis... faut que tu embarques. Alors c'est une affaire de famille et de famille ici (pointe au groupe d'hommes) aussi (participant 4). »*

En plus de valoriser le soutien social au sein du groupe, les participants croient que le partage d'information entre eux est autant crédible que les informations venant d'un professionnel de la santé comme l'explique le participant suivant :

*« ... j'ai appris beaucoup du groupe, c'est vraiment comme [nom d'un participant] avec son épinard avec ses pâtes, là je suis mordue là-dessus... mais c'est une source crédible. Si je connais la personne et c'est un truc qu'elle a essayé, je me dis sais-tu quoi, je vais tenter de l'essayer... Toute la table a mis quelque chose à considérer, des recommandations, des trucs, toutes sortes de choses (participant 6). »*

## **2) Expérience de prise en charge par le groupe**

### *Ressourcement*

Lors du programme *PairForm* ©, les participants avaient accès aux professionnelles du CSCGS et ils ont profité de cela en invitant la diététicienne à deux reprises et les travailleuses sociales pour la session sur la gestion du stress. En plus d'avoir utilisé les ressources à leur disposition, les participants se sont ressourcés dans leur milieu de travail

et dans leur vie personnelle durant le programme comme le mentionne le participant suivant :

*« Si tu en discutes avec les autres dans le coin des sportifs quand tu as des discussions le matin, j'ai reçu une bonne recette pour un "smoothie" qui est vraiment de bonne santé tu sais. Tu trouves une ressource à l'extérieure du groupe aussi, parce que tu es embarqué dans un volet totalement différent alors tu trouves des ressources dans ton travail, domicile, personnel, dans tous les paliers de ta vie (participant 6). »*

À trois reprises, les participants ont invité un pair n'étant pas participant au programme à venir discuter d'un thème de la santé dont il avait de l'expertise. Par exemple, ils ont pu tirer des parallèles avec une connaissance qui est chef d'un restaurant local qui a récemment réduit sa masse corporelle. Deux participants discutent de cette expérience dans la conversation qui suit :

*« Le [chef] s'est établi un contrôle personnel, que juste lui contrôle. Il pourrait tricher comme il veut, mais c'est lui qui se l'impose et ça marche très bien pour lui et il est heureux (participant 2). Et les livres qu'il a perdues, il dit que ça fait longtemps qu'il travaille à les perdre... Le processus d'engraisser toutes ces livres-là et de les perdre lui prend vingt-quatre ans là, mais au moins il va les avoir perdus et perdus en permanence (participant 1). »*

Certains hommes ont aussi participé à des sessions d'activité physique qui ont eu lieu dans leur milieu de travail qui ne faisaient pas partie du programme *PairForm* ©.

### *Conscientisation*

Lors du groupe de discussion et de l'entrevue, les hommes ont souvent rapporté avoir certaines connaissances d'un style de vie sain avant le début de l'intervention. Par contre, ces connaissances étaient minimales et ne se limitaient qu'à l'alimentation et à l'activité physique. Ils ont exprimé leur conscientisation de la santé holistique durant le programme en expliquant leur intérêt aux sessions portant sur les aspects sociaux et la gestion du stress. Un participant s'est exprimé en disant :

*« Là je réalise comment c'est un « package deal ». Juste une bonne nutrition, « not good enough ». Une bonne nutrition, des activités, encore pas assez. Ta santé mentale a un effet direct sur la bedaine. Donc c'est là que moi ça m'a fait réaliser, Okay [son nom], faut que tout soit bon dans ta vie pour que ça aille mieux. Pas juste un, ou même deux items, toute la gang (participant 2). »*

Les participants ont raconté avec fierté plusieurs nouvelles connaissances qu'ils ont acquises au sujet de l'alimentation, l'activité physique et la gestion du stress durant le programme, notamment les « trucs » qu'ils se partageaient durant les rencontres hebdomadaires et que les informations étaient autant crédibles s'ils venaient d'un pair comparativement à un professionnel de la santé tel que discuté plus haut. Ils ont aussi constaté que la répétition des informations et l'encouragement au sein du groupe leurs ont permis d'améliorer certains comportements en santé, et les hommes ont compris que les petits changements de comportements peuvent être plus facilement atteignables, menant à une perte de poids permanente.

En plus d'avoir amélioré leurs comportements de façon individuelle, les hommes ont discuté avoir amélioré leurs comportements parallèlement avec leurs pairs soit les autres



hommes dans le groupe et certains avec leur famille et/ou leur épouse. Ils ont expliqué que les changements de comportement sont contagieux, un participant décrivant ce partage comme ayant un effet « *boule de neige (participant 2)* » au sein du groupe. Les participants ont aussi rapporté l'adoption de nouveaux comportements favorisant leur santé comme l'adoption d'une conversation au sujet de la santé dans leur temps libre, telle qu'illustre la citation suivante :

*« Ça fait quinze-vingt ans qu'on travaille ensemble, mais à la salle de dîner on ne parlait pas de saine alimentation, d'exercices, de stress et des choses de même. On parlait de parties de hockey, qui gagne dans quel "pool", qui perd. Au moins aujourd'hui on est capable d'avoir une discussion... (Participant 4) »*

Un autre participant a confirmé ce changement de comportement plus tard en disant : « *On est dans la salle à diner et on est fier de montrer le montant d'épinards que j'ai dans mon lunch aujourd'hui! (Participant 1)* ». L'adoption d'une discussion sur la santé était un nouveau comportement pour plusieurs participants. Le comportement des hommes durant le groupe de discussion même faisait preuve d'une certaine confiance à parler des sujets touchant la santé. Les hommes ne se sont pas gênés de discuter de leur vécu personnel, au contraire, ils étaient fiers des comportements sains qu'ils ont adoptés au cours de l'intervention.

#### *Sentiments d'efficacité perçus*

Les hommes n'ont pas démontré de honte envers leur surpoids durant le groupe de discussion. Au contraire, ils étaient confiants à discuter de leur santé comme le confirme la citation plus haute. Ils ont adopté un regard positif en l'avenir en anticipant des

résultats positifs à long terme. Les participants se sentaient capables de surmonter des défis. Un participant a décrit son sentiment d'efficacité comme suit :

*« On n'est pas du monde stupide. Il y a beaucoup d'affaires qu'on savait. Mais te le faire redire, te le confirmer et le confirmer entre nous autres, je pense que c'est ça l'idée. Je sais qu'il faut que je mange comme il faut et je sais qu'il faut que je sois actif, mais des fois tu l'oublies, ça devient mécanique et il faut se rappeler que non, il y a de l'effort à mettre (participant 1). »*

Le pair facilitateur a mentionné que les participants au programme se sentaient de plus en plus confiants à mesure que le programme s'avavançait. Seulement quelques semaines après le début du programme un participant se sentait assez à l'aise et s'est porté volontaire pour assumer le rôle de facilitateur pour une session portant sur l'activité physique, car il croyait avoir de l'expérience dans ce domaine et voulait partager ses connaissances en faisant une présentation au groupe. Les hommes ont souligné que la flexibilité du programme leur a permis de profiter du leadership à tour de rôle à plusieurs moments au cours du programme.

### **3) Divergence individuelle**

#### *Différence de motivation intrinsèque*

Lors de l'intervention, tout comme il a été observé durant le groupe de discussion, il a été rapporté que certains hommes ont plus participé aux discussions hebdomadaires que d'autres. Quelques hommes ont rapporté parfois avoir un manque de motivation. Le pair facilitateur a mentionné que durant le programme il encourageait les hommes à participer mais il a aussi dit « Ça n'a pas été évident de garder tout le monde. Hé, même si on a tous

*commencé avec les bonnes intentions (participant 2). »* Tous les participants présents lors du groupe de discussion ont contribué à la conversation, mais certains plus que d'autres.

Quelques facteurs ont servi comme source de motivation pour les hommes au courant du programme. Premièrement, les participants ont profité des évaluations du programme qui comporte les évaluations anthropométriques, physiologiques, ainsi que les évaluations de connaissances et comportements inclus dans le questionnaire *PairForm* ©. Pendant la discussion au sujet des évaluations les participants ont décrit leur point de vue en faisant des commentaires comme *« Moi je vois ça comme un facteur de motivation (participant 6) »* ou bien :

*« Moi j'ai bien aimé ça, surtout que c'était une infirmière qui est venue les faire [les évaluations], c'est comme officiel. [J]'aime aussi le fait qu'on a aussi eu une prise de sang en collaboration avec les mesures. Ça le rend encore plus réel pour moi (participant 2). »*

Pour les évaluations, les hommes ont préféré qu'un professionnel de la santé intervienne. Ils ont mentionné que cela « authentifie » leur expérience et que les mesures sont plus crédibles que s'ils les avaient prises eux-mêmes. Un individu en particulier a précisé que le prélèvement de sang peut être perçu comme inconvenient (se déplacer, être à jeun, se faire piquer, etc.), mais que cette expérience vaut la peine d'être faite. Les hommes ont perçu les évaluations comme source de motivation et ils se sont encouragés à adopter un style de vie sain par les résultats positifs des évaluations. Ils ont aussi mentionné avoir un regard positif pour les évaluations du suivi d'un an et deux ans. Les participants ont souligné l'importance de la motivation intrinsèque pour vivre un style de vie sain. Un participant s'est exprimé comme suit :

*« [Il] faut que ça vienne de toi. On n'était pas devenu un groupe de support AA » mais presque. Si ça ne te tente pas de bien manger et de faire des activités, ce n'est pas nous autres qui allons chez vous préparer vos repas pour vous (participant 2). »*

#### *Désir de vouloir des résultats instantanés*

En percevant les mesures comme source de motivation, les hommes ont exprimé le désir d'avoir des mesures plus fréquentes, notamment les mesures anthropométriques et l'ajout de mesures d'aptitude physique. Les hommes savent qu'une perte de poids saine peut prendre du temps, mais ils croient que les mesures peuvent leur aider à voir du progrès. Le participant suivant s'est exprimé en disant :

*« [Les évaluations] sont comme un "milestone". En effet j'aurais aimé ça à toutes les semaines qu'il aille une mesure quelconque... te faire donner un objectif très précis et de rencontrer un objectif très mesurable de semaine en semaine, moi je pense que ça aurait amélioré mon expérience... avoir un podomètre ou tu sais, donc passer à un volet un petit peu plus action. (Participant 1). »*

#### *Enjeux d'horaire*

Un obstacle de participation important selon les participants était un conflit d'horaire. Les horaires de travail des participants n'étaient pas flexibles et malgré avoir choisi un temps fixe pour les rencontres et que celles-ci ont eu lieu dans le milieu de travail, certains ne pouvaient simplement pas participer au programme à l'heure qu'il était offert. Lorsque demandé s'il y avait des obstacles de participation au programme, un participant a simplement exprimé *« C'était juste une affaire d'horaire (participant 2). »* De la part du pair facilitateur, il a mentionné que la planification des rencontres prenait un peu de

temps, mais que ce n'était pas un gros obstacle. Le pair facilitateur a mentionné que les thèmes d'alcool et de tabagisme n'ont pas été abordés durant l'intervention.

En parlant d'obstacle de participation chez les hommes, les participants ont discuté des éléments pouvant empêcher un plus grand nombre d'hommes recrutés. Un participant a exprimé son intérêt à la sous-estimation du poids corporelle chez les hommes en disant :

*« Je serais curieux de savoir combien de personnes ont dit « je ne suis pas intéressé à participer parce que je ne me considère pas en surpoids »... [Il] y a peut-être des gens qui ne voulaient pas s'identifier tu sais « moi, gras? Non » (Participant 1). »*

En plus de faire plus de publicité par courriel ou affiche, ils ont suggéré d'ajouter un message de « meilleur style de vie » incluant des éléments de bien-être pour attirer l'attention d'un plus grand nombre d'hommes. Un homme a précisé que pour lui, le message de perte de poids a capté son attention mais que ce n'est peut-être pas accueillant pour certains qui ne se considèrent pas en surpoids.

## DISCUSSION

Cette étude de cas du programme *PairForm* ©, dans la ville du Grand Sudbury a déterminé les effets à court-terme du programme sur les connaissances et comportements en lien avec un style de vie sain, et a examiné la perspective des participants au programme. Une méthodologie mixte par triangulation en suivant les recommandations de Butler (2001) pour une évaluation globale d'un programme d'éducation à la santé m'a permis de mieux comprendre et interpréter les résultats observés.

### ***Engagement des hommes dans un programme de gestion du poids***

La participation à ce programme a été un élément intéressant à observer puisqu'à ma connaissance, ce programme sensible au genre mené par les pairs fut le premier de son type du fait qu'il aborde une perspective holistique de l'éducation de poids santé chez les hommes et a été adapté au contexte des minorités francophones au nord de l'Ontario. L'adhésion à 100 % des participants au programme *PairForm* © d'une durée de douze semaines a été un succès. Cette rétention peut être comparée à celle de 85 % pour le programme pilote SHED-IT et celle de 81 % pour le programme pilote POWER pour des temps de programme similaires décrits respectivement par Morgan, Lubans, Collins, Warren, et Callister (2009) ainsi que Morgan *et al.* (2011). Par contre, il a eu certaines absences durant les rencontres hebdomadaires auxquelles les hommes ont en moyenne participé à neuf des douze sessions éducationnelles. Les participants ne devaient pas fournir une raison pour leur absence aux rencontres hebdomadaires alors il est impossible d'identifier les raisons précises de leur absence. Or, les participants ont mentionné deux obstacles de participation importants durant le groupe de discussion et l'entrevue.

Un conflit d'horaire ou le manque de temps a été le principal obstacle selon les participants. Ceci s'accorde bien avec les résultats d'une étude portant sur les obstacles perçus envers une perte de poids chez les hommes par Egger et Mowbray (1993) qui a identifié le manque de temps comme un obstacle important. Un facteur qui a pu réduire l'importance de cet obstacle durant le programme *PairForm* © était le milieu dans lequel le programme était offert. Les participants ont pu choisir le milieu dans lequel ils voulaient que l'intervention ait lieu afin qu'ils soient accommodés le plus possible et que leur participation soit favorisée. Ils ont choisi un local de rencontre situé dans le milieu de travail de la majorité des participants, et ont mentionné qu'ils se sentaient plus à l'aise à participer puisqu'ils se connaissaient déjà un peu avant l'intervention. Ceci semble confirmer les suggestions de Sabinsky, Toft, Raben, et Holm (2007) qui sont celles d'offrir un programme de gestion de poids dans le milieu de travail et inclure des participants avec qui les hommes peuvent s'identifier. Les participants du programme *PairForm* © ont souvent mentionné qu'ils ont participé au programme puisqu'ils connaissaient un autre homme qui s'est inscrit. Aussi, offrir le programme dans le milieu de travail a fait en sorte que le temps, le transport, et les coûts de transport associés à la participation aux rencontres hebdomadaires, des obstacles de participation suggérés par Sherwood *et al.* (1998), ont été réduits sinon complètement évités pour les participants au programme *PairForm* ©.

La participation des hommes a également été influencée par un manque de motivation intrinsèque chez certains ce qui coïncide avec l'étude de Sabinsky *et al.* (2007) qui relève que la motivation était l'obstacle le plus important pour les hommes voulant perdre du poids. La littérature documente bien que la motivation est un élément essentiel quant à

l'adoption d'un comportement favorisant la santé (DiClemente, Bellino et Neavins, 1999; Ogden, Karim, Choudry et Brown, 2007; Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Un manque de motivation pouvant ainsi jouer un rôle important quant à la participation des hommes aux sessions hebdomadaires du programme *PairForm* ©. Les participants ont apprécié les mesures physiologiques et anthropométriques pré et post intervention, et certains ont indiqué que ces mesures leur servaient comme source de motivation. Il a même été suggéré, durant le groupe de discussion, d'ajouter des mesures d'aptitudes physiques régulières afin d'être plus motivé à participer aux sessions hebdomadaires en voyant de petits progrès de façon régulière. La littérature qui porte sur la motivation des hommes à réduire leur masse corporelle, bien que limitée, souligne que les hommes perçoivent une perte de poids comme étant profitable pour leur performance plutôt que pour leur apparence comme le perçoivent généralement les femmes (Roos, Prättälä et Koski, 2001 ; Sabinsky *et al.*, 2007). La suggestion d'ajouter au Programme *PairForm* © des mesures de performances physiques pour motiver les hommes à participer coïncide alors avec la littérature. Aussi, l'étude de Sabinsky *et al.* souligne que les hommes désirent des résultats instantanés quand ils participent à une intervention de perte de poids. Par conséquent, de petits objectifs qui peuvent être mesurés et atteints rapidement peuvent possiblement augmenter la motivation des hommes à participer à un programme de gestion de poids mené par les pairs.

### ***Adoption de mode de vie sain***

Le questionnaire post-intervention a révélé une légère augmentation de bonnes réponses au sujet des connaissances en alimentation. Cette légère amélioration peut être due à quelques raisons. Les participants ont correctement répondu à certaines questions pré-



intervention prévenant ainsi l'occasion d'observer des améliorations de réponses post-intervention. Seulement un maintien ou une réduction de connaissances peut être observé dans ces cas. Cela dit, les hommes ont démontré un maintien des connaissances pour les questions n'ayant pas vu d'augmentation de réponses positives. Deux des trois améliorations observées étaient des réponses à la question exigeant la lecture d'une étiquette alimentaire (question 12). Durant le groupe de discussion, il a été mentionné que les hommes ont spécifiquement consacré du temps lors d'une session hebdomadaire à la lecture d'étiquettes alimentaires avec la diététicienne. L'identification de substrat énergétique (sucre ou gras) pour des aliments dont une étiquette alimentaire n'était pas fournie (question 13) a vu une plus petite amélioration de réponses que la question ayant fourni une étiquette. La recherche au sujet de l'acquisition de connaissances en alimentation chez les hommes est limitée, ce qui rend difficile la comparaison de mes données. Plus de recherche à ce sujet est nécessaire afin d'identifier de meilleures stratégies d'augmentation de littératie en alimentation chez les hommes qui sont deux fois plus probables que les femmes à avoir une littératie en santé inadéquate (Von Wagner *et al.*, 2007).

Les améliorations de réponses des participants aux questions d'alimentations étaient plutôt observées dans les questions de comportements alimentaires où chaque question a vu une augmentation de réponses positives. La consommation d'aliments préparés hors de la maison, un comportement associé à un IMC plus élevé et de plus bas niveaux de HDL (bon cholestérol) (Kant, Whitley et Graubard, 2015), a diminué chez les participants lors de la phase post-intervention. L'augmentation du nombre de déjeuners hebdomadaires et de repas quotidiens en moyenne sont difficiles à interpréter. Puisque les hommes ne

devaient pas fournir de l'information au sujet de la qualité des éléments consommés, il est impossible de savoir si l'ajout moyen d'un déjeuner par semaine est une redistribution de kcal hebdomadaire ou si l'ajout d'un repas était une augmentation de kcal hebdomadaire. Dans le même ordre d'idée, la légère augmentation de fréquence alimentaire quotidienne peut soit représenter une redistribution de kcal quotidienne ou une augmentation de kcal quotidienne. La littérature rapporte des résultats controversés concernant la fréquence alimentaire. Cho, Dietrich, Brown, Clark et Block (2003) ont pu démontrer que les individus qui manquent régulièrement le déjeuner ont un IMC plus élevé que ceux qui mangent régulièrement un déjeuner, mais ceci dépendait des aliments consommés. L'IMC des individus mangeant de la viande et des œufs pour déjeuner était semblable à l'IMC des individus manquant régulièrement le déjeuner. Puisque les participants à notre étude n'ont pas été invités à fournir de l'information concernant le contenu de leur déjeuner, il est impossible de suggérer que cette augmentation moyenne de déjeuners hebdomadaires représente un comportement favorisant la santé. Bien que les participants se soient rapprochés aux recommandations de 6 repas par jour et que certains chercheurs ont démontré qu'une augmentation de la fréquence alimentaire représente des bienfaits à la santé (Jenkins *et al.*, 1989). D'autres études stipulent qu'une augmentation de repas par jour ne représente pas nécessairement de bienfaits à la santé (Cameron, Cyr et Doucet, 2010). Les participants ont aussi rapporté avoir augmenté leur consommation de fruits et légumes lors de la phase post-intervention mais seulement deux participants ont atteint les recommandations de 7 portions de fruits et légumes par jour de Santé Canada (2011) en post-intervention.

Les résultats de la consommation de fruits et de légumes de cette évaluation à court-terme du programme *PairForm* © peuvent être comparés aux résultats de l'évaluation du programme POWER par Morgan *et al.* (2011) qui ne rapportent aucune augmentation de consommation de fruits ou de légumes post-intervention. Collins, Morgan, Warren, Lubans et Callister (2011) ont rapporté des résultats très similaires aux nôtres pour leur évaluation du programme SHED-IT, soit une amélioration de comportements alimentaires suite à l'intervention éducationnelle de trois mois, mais que ces comportements n'étaient toujours pas conformes à plusieurs recommandations alimentaires nationales. Notre étude confirme alors une résistance particulière des hommes pour l'augmentation de consommation de fruits et de légumes, un sujet nécessitant de la recherche ultérieure.

Bien que la littérature soit aussi limitée quant aux comportements alimentaires des hommes durant une intervention de gestion de poids, la littérature documente bien les impacts négatifs de la masculinité sur les habitudes de vie saine (Husaini *et al.*, 1994 ; Lafrance, 2015 ; Oliffe et Phillips, 2008 ; Padesky et Hammen, 1981 ; Thom, 1986). Les hommes sont connus à consommer peu de fruits et de légumes et consommer un excès de matière grasse (Wardle *et al.*, 2004). Certaines études ont démontré que des consommations élevées en fruits et légumes et réduites en viande peuvent être un obstacle pour les hommes (Jensen et Holm, 1999 ; Sabinsky *et al.*, 2007) puisqu'en général, les hommes préfèrent une alimentation riche en viandes (Adams, 2015; Holm et Møhl, 2000; Jensen et Holm, 1999). Une alimentation riche en viandes est associée avec des traits de la masculinité hégémonique tandis qu'une alimentation riche en fruits et légumes est associée à la féminité (Jensen et Holm, 1999). Les actes de tuer, abattre, et manger des animaux est en lien avec les traits de masculinité hégémonique tels l'agressivité, le

pouvoir et la force physique (Adams, 2015). Ainsi, la diminution de consommation de viandes et l'augmentation de portions de fruits et de légumes peuvent être perçues comme un obstacle pour les hommes cherchant à adopter une alimentation saine puisque ces comportements peuvent être perçus comme une menace à leur masculinité.

Un autre obstacle à l'alimentation saine pour les hommes est la réduction de la taille des portions. Non seulement est-ce que la masculinité a un impact sur les types d'aliments consommés (p.ex. viandes vs légumes), mais elle a un rôle favorisant de grandes portions et la surconsommation alimentaire (Bourdieu, 1984 ; Pliner et Chaiken, 1990). Dans une étude portant sur les obstacles d'alimentation saine chez les hommes par Gough et Conner (2006), les hommes ont décrit les aliments sains comme étant sans goût, non substantiels, et ils ont décrit les repas qu'ils aiment comme étant de grandes portions savoureuses. La littérature rapporte que les petites portions alimentaires sont associées à la féminité (Bock et Kanarek, 1995 ; Mooney et DeTore, 1994 ; Steim et Nemeroff, 1995) et que la masculinité hégémonique cherche à rejeter tout ce qui est féminin (Courtenay, 2000; Lafrance, 2004). La valorisation de grandes portions alimentaires était évidente dans notre groupe de discussions. Les hommes se vantaient de leurs dîners santé (p.ex. leurs sandwichs pleins d'épinards), mais en mettant l'emphasis qu'ils mangent encore de grandes portions.

Il était aussi intéressant de savoir que les hommes ont discuté librement de saine alimentation pendant leurs dîners dans le milieu de travail. Ils ont expliqué qu'avant leur participation au programme *PairForm* ©, ils ne parlaient pas de saine alimentation pendant leur heure du dîner, mais plutôt de sujets plus masculins comme les sports. La

littérature documente quelques raisons pour lesquelles le sujet de régimes alimentaires ou diètes est perçu comme étant un comportement féminin (Bordo, 2004 ; Gill, Henwood et McLean, 2005). D'une part, l'adoption de régimes alimentaires est souvent le sujet de ridicule dans les publicités dirigées à la population masculine (Gough, 2007). Aussi, les aliments souvent retrouvés dans des régimes alimentaires (légumes, salades) sont souvent perçus comme des aliments féminins (Jensen et Holm, 1999). Dans l'étude de Sabinsky *et al.* (2007), les participants ont mentionné, dans deux des quatre groupes de discussions, que les hommes ne discutent pas de régimes alimentaires, que cela est un comportement féminin. Le fait que les participants au programme *PairForm* © ont mentionné être capable de discuter de l'alimentation dans leur quotidien suggère que le programme leur a donné un certain pouvoir d'aborder avec confort, un comportement sain qui est traditionnellement perçu comme féminin.

Pendant le programme *PairForm* ©, les participants ont invité la diététicienne du CSCGS à deux reprises et le discours des hommes reflétait principalement le sujet de changement de comportements alimentaires à l'aide de petits « trucs » qu'ils ont appris. Les hommes ont démontré un intérêt particulier au sujet d'une alimentation saine ; ce qui s'oppose aux résultats de Sabinsky *et al.* (2007) où les participants à leurs groupes de discussions ont associé l'adoption d'un comportement alimentaire sain avec la féminité. Or, les participants au programme *PairForm* © ont souligné avoir évité le mot « diète » puisque celui-ci, selon les perspectives des participants, est associé à une restriction alimentaire exagérée ce qui s'accorde mieux avec les résultats de Sabinsky *et al.* (2007). Les participants au Programme *PairForm* © ont aussi rapporté avoir partagé des « trucs » de comportements alimentaires sains durant d'autres moments hors des rencontres

hebdomadaires lorsqu'ils se croisaient dans leur milieu de travail durant les pauses ou les heures du dîner. Dans ce cas, le milieu de travail a été un facteur qui encourage l'adoption de comportements alimentaires sains ; ce qui confirme les suggestions de Sabinsky *et al.* (2007) d'offrir des programmes de gestion du poids pour hommes dans le milieu de travail où les hommes se connaissent. La façon dont le thème de l'alimentation est abordé semble être importante pour susciter l'intérêt des hommes à l'adoption de comportements alimentaires sains. Notre étude suggère qu'une intervention éducationnelle pour les hommes livrés par les pairs qui offre des discussions informelles dans un environnement masculin aide les hommes à se sentir à l'aise de discuter et apprendre au sujet de l'alimentation dans un environnement où leur masculinité n'est pas menacée. Le niveau d'intérêt des participants au sujet de l'alimentation n'était pas attendu. J'anticipais une plus grande importance à la composante d'activité physique puisque les hommes sont plus enclins à utiliser de l'activité physique pour gérer leurs poids (Kiefer, Rathmanner et Kunze, 2005). Bien que le thème d'activité physique était abordé durant la branche qualitative, il paraissait de deuxième importance pour ces hommes.

Les participants ont démontré certaines connaissances en activité physiques pré-intervention, limitant ainsi la possibilité d'amélioration de réponses post-intervention. Toutefois, ils ont pu identifier un plus grand nombre de bienfaits d'activité physique post-intervention. Ces résultats peuvent être comparés à ceux de Morgan *et al.* (2011) qui n'ont rapporté aucun changement significatif chez le groupe d'intervention POWER quant à l'identification de bienfaits d'activité physique. Par contre, ils ont observé des changements significatifs pour l'identification des inconvénients de l'activité physique. Aussi, une évaluation qui visait à identifier l'efficacité d'une intervention éducationnelle

communautaire, le « Stanford Five-City Project » a rapporté très peu de changements significatifs de connaissances en activité physiques, et que ceux-ci étaient des changements très minimes (Young, Haskell, Taylor et Fortmann, 1996). Ayant un égard positif sur la santé, le programme *PairForm* © cherche plutôt à promouvoir des atouts positifs sur la santé des hommes. En plus d'avoir identifié un plus grand nombre de bienfaits d'activité physique post-intervention, les participants au programme *PairForm* © ont pu mieux identifier des signes d'activités physiques efficaces (question 21). Une meilleure identification des caractéristiques de l'activité physique efficace peut influencer les réponses de comportements d'activité physique post-intervention maintenant que les participants ont une meilleure capacité de juger leur niveau d'activité physique. Par conséquent, la diminution des METs calculés pour l'activité physique d'intensité élevée et faible, ainsi que la diminution du taux moyen d'activité hebdomadaire pendant les loisirs post-intervention peuvent être une fausse incidence.

Pendant le programme, tout comme ils l'ont fait pour des termes d'alimentation, les participants ont adopté un langage commun en choisissant des termes d'activité physique pour lesquelles une connotation négative n'est pas associée. Par exemple ils ont évité le mot « exercice » et ont adopté le terme « activités ». Il y a eu une conscientisation de la part des participants que l'activité physique n'est pas limitée aux exercices dans une salle d'entraînement et les participants ont raconté plusieurs activités qu'ils ont pratiquées pendant l'intervention. Des activités physiques, selon les participants, sont perçues comme étant plus amusantes que faire des exercices dans une salle d'entraînement et les hommes ont exprimé un intérêt à essayer des activités ayant une composante sociale qui

peuvent être faites avec d'autres personnes (collègues, amis, famille). La motivation des hommes à participer à l'activité physique ainsi que les obstacles perçus envers l'activité physique ne sont pas bien documentés dans la littérature. Korkiakangas, Alahuhta et Laitinen (2009) soulignent que le manque de soutiens social peut être un obstacle à la participation d'activité physique chez les adultes à risque pour le diabète de type II. Les activités physiques ayant une composante sociale telles les activités avec partenaires ou adversaire peuvent être une façon pour les hommes de combattre cet obstacle. Le désir des participants du programme *PairForm* © de participer à des activités physiques avec d'autres individus sont parallèles avec les résultats de Sabinsky *et al.* (2007). Ces chercheurs ont rapporté un désir important de leur échantillon d'hommes à participer à des activités physiques avec des collègues masculins. Les hommes ont exprimé une importance particulière de participer à des activités physiques avec d'autres hommes auxquels ils peuvent s'identifier. Les activités physiques avec partenaire et/ou adversaires incorpore aussi de la compétition entre individus ce qui peut être attirant pour les hommes étant donné que la compétition est une caractéristique de la masculinité hégémonique (LaFrance, 2015). Les participants au programme *PairForm* © ont aussi exprimé un intérêt d'ajouter au programme des mesures d'aptitude physique (p.ex. endurance musculaire, flexibilité, utilisation de podomètre) tout au long de l'intervention. Ce désir s'accorde bien avec le désir des participants au programme FFIT d'avoir des mesures d'aptitude physique plus rigoureuses au début de l'intervention décrit par Hunt, McCann, Gray, Mutrie et Wyke (2013). De plus, ces chercheurs stipulent que l'utilisation de podomètre durant des interventions d'activité physique est très accepté chez les hommes.



Un élément qui a été intéressant à observer dans notre étude de cas était que les hommes ayant exprimé un intérêt à participer au programme *PairForm* © étaient tous environ du même âge (55 : 51 – 59) en dépit du fait que le programme était offert aux hommes dont l'âge variait entre 25 et 54 ans. En plus d'accorder une importance de pratiquer l'activité physique avec d'autres hommes, les participants ont précisé que l'âge joue un rôle important dans leur confort au sein du groupe surtout quand le thème de l'activité physique est abordé. Certains participants à notre étude ont exprimé des inquiétudes à leur niveau de participation au programme et à l'activité physique s'il y avait eu un homme plus jeune au sein du groupe. Un plus jeune homme était perçu comme intimidant en raison d'une meilleure capacité à pratiquer des activités physiques d'intensité élevée (p.ex. le hockey). Il peut être supposé qu'un homme plus jeune représente mieux des traits de la masculinité hégémonique telle la force physique, et que la masculinité des hommes plus âgés aurait été menacée. Plus de recherche à ce sujet est nécessaire pour savoir les perspectives d'activité physique des hommes dans leur cinquantaine. Nos résultats, en plus de confirmer l'importance de pratiquer l'activité physique avec des pairs, suggèrent que la participation à l'activité physique peut être favorisée au sein d'un groupe d'hommes en surpoids s'il se trouve dans un même groupe d'âge.

L'âge des participants a aussi été le sujet de discussion quand les participants ont discuté de leurs expériences en lien avec la gestion du stress. Tous près de l'âge de la retraite, ils étaient conscients que leur réalité et les facteurs de stress étaient différents de ceux des hommes plus jeunes. Ils ont exprimé que les discussions auraient été très différentes et possiblement moins pertinentes pour eux si un plus jeune homme avait été présent dans le groupe. Le questionnaire post-intervention a révélé une augmentation de connaissances

au niveau des symptômes de stress et les signes de dépression identifiés par les participants et ceux-ci ont mentionné avoir profité de la session hebdomadaire où la travailleuse sociale était présente. Ayant une meilleure connaissance au sujet du stress suite à l'intervention éducationnelle *PairForm* ©, les participants ont possiblement été en mesure de mieux juger leurs niveaux de stress post-intervention. La légère augmentation des niveaux de stress au travail et dans la vie personnelle post-intervention peut ainsi être une fausse incidence. Une autre raison pour cette légère augmentation du niveau de stress peut être la nature du travail de la plupart des participants. La majorité des participants occupaient un emploi pouvant avoir de plus amples exigences au mois d'avril (post-intervention) qu'au mois de janvier (pré-intervention).

Même si les participants ont seulement consacré une session hebdomadaire sur la gestion du stress, suite à l'intervention éducationnelle *PairForm* © les participants ont rapporté avoir utilisé un plus large éventail de techniques pour gérer leur stress. De plus, l'occasion de partager ses émotions et sympathiser avec les autres dans un environnement masculin sans jugement a engendré un sentiment de bien-être parmi plusieurs hommes. Ce qui était intéressant à observer puisque la littérature sur la masculinité semble supporter le fait qu'en général, dans les contextes sociaux, les hommes contrôlent leur détresse émotionnelle de façon à ce qu'il y ait une absence totale d'expression (Fischer, 1993 ; Jansz, 2000 ; Walton, Coyle et Lyons, 2004). Les participants au programme *PairForm* © ont non seulement discuté d'émotions durant la session de gestion du stress, mais il y avait plusieurs preuves qu'ils ont discuté d'un éventail d'émotions, incluant la tristesse. Cette observation semble opposer les résultats de Walton *et al.* (2004). Ces chercheurs ont trouvé qu'il y a des contextes dits plus « masculin » où il est plus

« acceptable » (selon la masculinité hégémonique) pour un homme d'exprimer et de discuter de ses émotions, par exemple des événements sportifs. Walton *et al.* ont aussi déterminé à partir de groupe de discussion avec des hommes que l'émotion de la colère est plus acceptable à exprimer chez les hommes. Puisque les participants au programme *PairForm* © ont été capables de discuter de leurs émotions, sympathiser avec les uns les autres, et ont apprécié la session de gestion du stress, cette étude suggère que les hommes peuvent profiter de discussions au sujet des émotions dans un groupe d'entraide où les participants partagent plusieurs éléments en commun (genre, âge, travail, etc.). Des stratégies pour aider les hommes à combattre les obstacles que pose la masculinité hégémonique sur l'adoption de comportements favorisant la saine gestion du stress sont importantes et nécessitent de plus amples recherches puisque les hommes ont moins tendance à chercher de l'aide pour leurs problèmes émotionnels (Kessler, Brown et Boman, 1981 ; Lee et Owens, 2002 ; Ussher, 1991 ; Vessey et Howard, 1993).

### ***Forme de l'intervention***

Il y a eu plusieurs éléments du programme *PairForm* © que les hommes ont appréciés et qui ont encouragé la participation des hommes et motivés ceux-ci à adopter un style de vie sain. Le premier étant la flexibilité des sessions hebdomadaire. Les hommes ont pu choisir le lieu de rencontre (dans le milieu de travail), le jour, et l'heure de rencontre pour les sessions hebdomadaires. De plus, ils avaient la capacité à choisir les modules qu'ils voulaient aborder pendant les rencontres et la façon dont ils voulaient les aborder. Des caractéristiques importantes de la masculinité hégémonique, notamment le pouvoir et le contrôle (Evans *et al.*, 2011) peuvent être une raison pour laquelle la flexibilité du programme *PairForm* © a tellement été appréciée de la part des participants. Ceux-ci ont

apprécié le contrôle qui leur a été offert durant le programme et certains ont mentionné qu'ils ont participé au programme puisqu'il est offert par les pairs.

Il y a une certaine structure au programme qui a aussi été appréciée de la part des participants. Cette structure inclut les modules éducationnels, les mesures anthropométriques et physiologiques ainsi que les discussions hebdomadaires. Les mesures ont servi comme source de motivation chez certains participants et les suggestions d'augmenter le nombre et la fréquence de mesures pour mieux voir du progrès semblent confirmer l'étude de Sabinsky *et al.* (2007) où les participants démontraient de l'impatience pour voir du progrès. La suggestion d'ajout d'une mesure régulière d'aptitude physique peut suggérer que les hommes perçoivent une perte de poids comme étant favorable pour leur performance physique plutôt qu'une amélioration de leur apparence physique ou leur bien-être. Ceci s'accorde bien avec les perspectives des hommes envers le surpoids documenté dans la littérature. L'étude de Sabinsky *et al.* (2007) ainsi que d'autres études portant sur la santé des hommes (Cameron et Bernardes, 1998 ; Moynihan, 1998 ; Roos *et al.*, 2001) constatent que les hommes ont une perspective mécanique de leur corps, les comparant à des machines ou des voitures nécessitant du carburant. Récemment, de nouvelles stratégies utilisent cette perspective masculine de la santé pour éduquer les hommes au sujet de leur santé (Banks, 2004). Par exemple, pour attirer l'attention des hommes, *Haynes Publishing Group*, une maison d'édition qui publie des manuels de réparation d'automobile, a publié une série de manuels portant sur la santé des hommes en collaboration avec le *Men's Health Forum* (Men's Health Forum, 2016b). Les perspectives masculines envers leur santé sont uniques et différentes des perspectives féminines. Les façons dont les hommes perçoivent des

améliorations à leur santé sont plus en lien avec les performances physiques que les sentiments (Bourdieu, 1984 ; Roos *et al.*, 2001). Les mesures anthropométriques et physiologiques du programme *PairForm* © ont, selon les participants, concrétisé leur expérience à un programme de gestion du poids et l'ajout de mesures d'aptitude physique hebdomadaire peut possiblement améliorer leur expérience au programme.

Les participants ont aussi apprécié le fait que l'intervention était menée par les pairs puisque cela leur a permis de développer du leadership et de se ressourcer, une compétence importante pour aider les hommes à utiliser les services de soins de santé. Les participants avaient accès aux professionnelles de soin de santé du centre de santé francophone local, mais c'était leur responsabilité d'identifier leur désir d'inviter un professionnel. Les participants ont invité la diététicienne à deux reprises et les travailleuses sociales, mais ce qui était intéressant à observer est que les participants se sont beaucoup ressourcés dans leur milieu de travail et dans leur vie personnelle. Ce ressourcement s'oppose aux croyances que les hommes ont de la difficulté à chercher de l'aide dans le domaine de la santé (Husaini *et al.*, 1994 ; McKay, Rutherford, Cacciola, Kabasakalian-McKay et Alterman, 1996 ; Padesky et Hammen, 1981 ; Thom, 1986 ; Weissman et Klerman, 1977). Pour les hommes, l'action de se ressourcer peut menacer certaines caractéristiques de la masculinité hégémonique par exemple l'indépendance, l'endurance physique et l'invulnérabilité (Good, Dell et Mintz, 1989 ; Levant et Pollack, 1995). Les participants ont eu plusieurs invités qui étaient des hommes dans leur milieu de travail ayant de l'expérience dans un domaine de la santé. La stratégie d'éducation à la santé par les pairs leur a aussi permis d'avoir des discussions hebdomadaires, et le contact face-à-face a été un élément important pour la motivation des hommes à participer au

programme. L'appréciation du contact face-à-face des participants au programme *PairForm* © s'accord avec l'étude de Young *et al.* (2012) qui suggère des rencontres face-à-face régulières de trois fois par mois ou plus pour encourager la participation des hommes à un programme de gestion du poids. Elle s'oppose par contre à une étude menée par Sherwood *et al.* (1998) où 42,7 % des répondants à leur questionnaire préfèrent des programmes par correspondance comparés à 32,8 % des répondants qui préfèrent des rencontres face-à-face. Par contre, cette étude ayant comme participants quatre fois plus de femmes que d'hommes n'a pas considéré le genre comme facteur influent les préférences de style de programme.

Les discussions ouvertes du programme *PairForm* © ont également permis aux participants de discuter d'éléments pertinents pour leur groupe en particulier. Il s'est avéré que les participants étaient proches en âge et selon eux, cela était un élément important pour leur participation. Lee et Owens (2002) stipulent que les hommes d'âge moyen jugent leur masculinité selon les exigences physiques de leur emploi et leur revenu. Les participants du programme *PairForm* © dont la plupart étaient employés dans le milieu de travail où le programme était offert avaient possiblement des perspectives similaires envers leur « niveau » de masculinité non seulement en raison de leur âge similaire, mais aussi en raison de leur emploi semblable. Il semblerait que les participants au programme *PairForm* © se sentaient plus à l'aise à discuter et à se ressourcer en santé puisqu'ils avaient plusieurs choses en commun (genre, âge, travail). La stratégie d'éducation à la santé par les pairs semble supporter les hommes quant au ressourcement en santé, mais plus de recherche est nécessaire afin de déterminer quels facteurs sont les plus importants à considérer pour constituer un pair pour les hommes en surpoids.

### ***Limites de l'étude***

Premièrement, les participants à cette étude de cas représentaient un petit groupe d'hommes avec un écart d'âge assez étroit (moyenne 55 : 51-59 ans). Bien que cette étude a souligné des éléments intéressants, les résultats ne sont peut-être pas représentatifs des hommes adultes en général, mais plutôt d'hommes dont l'âge est plus avancé. Deuxièmement, il n'a pas été possible de déterminer les effets à court-terme du programme *PairForm* © sur les connaissances et comportement en lien avec le tabagisme puisqu'il n'y avait pas de fumeurs parmi les participants donc ils n'ont pas abordé ce thème pendant l'intervention. Troisièmement, les collectes de données de cette étude sont assujetties à certains biais, notamment un biais d'échantillonnage et la désirabilité sociale. Il est possible que le recrutement des participants ait seulement rejoint les hommes ayant déjà un intérêt à adopter un meilleur style de vie et n'a pas rejoint les autres hommes. Ce biais peut être une raison pour laquelle aucun fumeur n'a participé à l'intervention. De plus, les collectes de données quantitatives et qualitatives étaient subjectives et ainsi assujetties à la désirabilité sociale; c'est-à-dire que les participants ont pu avoir tendance à répondre aux questions d'une façon qui les valorise aux yeux des autres (Statistique Canada, 2015). Enfin, la stratégie de livraison par les pairs permet aux participants d'aborder les thèmes avec une certaine flexibilité, mais ceci peut limiter la livraison d'informations pertinentes; donc il n'est pas possible d'assurer l'obtention de toutes les informations nécessaires afin de mener un mode de vie sain, ni possible de contrôler les influences/informations obtenues par des moyens autres que leur participation au groupe. Malgré certaines limites, les résultats de cette étude sont

prometteurs et justifient une adoption de plus grande envergure du programme *PairForm* ©.



### ***Pistes de recherche futures***

Cette thèse a soulevé plusieurs éléments intéressants de recherches futures. Premièrement, la recherche en santé des hommes est relativement récente et peu d'études ont été effectuées chez des hommes cherchant à perdre du poids. Donc, de façon générale, plus d'études à ce sujet sont nécessaires pour la comparaison des résultats présentés. Spécifiquement, puisque la masculinité est influencée par la culture, il est impossible de suggérer avec confiance que les résultats de cette étude de cas avec un groupe d'hommes francophone du nord de l'Ontario (Grand Sudbury) seront transférables à la population en général. C'est-à-dire des études plus approfondies des perspectives des hommes canadiens, avec comparaisons régionales et des sous-cultures permettront de mieux comprendre les effets et l'expérience de la participation par une diversité d'hommes. Deuxièmement, étant donné que l'âge était un facteur important pour la participation des hommes au programme *PairForm* ©, il serait intéressant de déterminer quel est l'écart d'âge optimal afin d'encourager la participation à un programme d'éducation à la santé par les pairs pour les hommes; en effet, explorer l'offre du programme avec des groupes d'âge plus restreints (p.ex. 25 à 35 ans) semble justifiable. Troisièmement, la recherche qui vise à déterminer le maintien des changements de connaissances et de comportements ainsi que les changements à long terme résultants de la participation au programme *PairForm* © est aussi nécessaire afin de déterminer l'efficacité d'une intervention éducationnelle en gestion du poids sensible au genre mené par les pairs. Enfin, il va sans dire que la répétition de cette étude dans multiples milieux fréquentés par les hommes servira à élargir nos connaissances reliées à l'implantation de cette initiative.

## CONCLUSION

Cette thèse avait pour objectifs de déterminer les effets à court-terme sur les connaissances et comportements en lien avec un style de vie sain ainsi qu'évaluer les perspectives des participants à un programme de gestion du poids sensible au genre mené par les pairs. Une étude de cas avec une méthodologie mixte par triangulation convergente m'a permis d'incorporer des données quantitatives et qualitatives dans mes analyses afin de mieux comprendre les impacts à court-terme du programme *PairForm* © offert pour des hommes francophones au Grand Sudbury. En suivant les recommandations de Butler (2001) pour une évaluation de programme d'éducation à la santé, une évaluation diagnostique (pré-intervention) et sommative (post-intervention) a eu lieu avec une collecte de données quantitatives par questionnaire. De plus, une rétrospection sur l'expérience a eu lieu par moyen d'un groupe de discussion avec les participants et une entrevue avec le pair facilitateur après l'intervention.

Le taux de rétention de 100 % pour ce programme pilote suggère fortement qu'une intervention éducationnelle sensible aux hommes livrée par les pairs favorise la participation des hommes en surpoids ; même si certaines absences hebdomadaires étaient observées au cours de l'intervention. Plusieurs éléments du programme ont encouragé et maintenu la participation des hommes, notamment la livraison du contenu par des pairs, la flexibilité du programme, les mesures physiologiques et anthropométriques, ainsi que le soutien social qui a émergé des rencontres face-à-face hebdomadaires. Les résultats quantitatifs ont suggéré que les participants ont acquis de nouvelles connaissances et ont

amélioré leurs comportements. Plus précisément, suite à l'intervention les participants ont augmenté leurs connaissances en lien avec l'alimentation, l'activité physique et la gestion du stress. De plus, ils ont rapporté des changements à court-terme de comportements en alimentation, activité physique et gestion du stress. Mais, il serait trop hâtif d'inférer des conclusions pour la population masculine en général en raison des limites entourant l'échantillon (p. ex. taille, l'écart d'âge).

Néanmoins, cette intervention éducationnelle menée par les pairs a permis aux participants de surmonter plusieurs obstacles envers une santé saine que pose la masculinité hégémonique. La création d'un environnement masculin leur a permis de s'ouvrir émotionnellement et d'avoir accès au soutien social dans un milieu sans jugement. Les participants ont également eu des opportunités de se ressourcer ce qui a contribué à leur apprentissage et leur a donné un sentiment d'efficacité perçue. La compréhension des divergences individuelles, tels les différences de motivation intrinsèque et le désir de voir des résultats instantanés, sont ressortis comme étant des points importants à considérer lors d'une mise en œuvre à grande échelle. La motivation des hommes en surpoids à réduire leur masse corporelle et la compréhension du changement de comportements chez les hommes sont des domaines nécessitant de la recherche future. Afin d'être en mesure de créer et mettre en œuvre des programmes visant à aider les hommes en surpoids, il faut être consciencieux des particularités de la masculinité et ces influences sur l'adoption d'un mode de vie sain.

## Références

- Adams, C. J. (2015). *The sexual politics of meat: A feminist-vegetarian critical theory*. New York: Bloomsbury Publishing.
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Maladies cardiovasculaires - Maladies Chroniques*. Récupéré le 4 avril 2016 du site de l'Agence de la santé publique du Canada: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Littératie en santé*. Récupéré le 13 janvier 2016 du site de l'Agence de la santé publique du Canada: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Obésité au Canada*. Récupéré le 29 juillet 2014 du site de l'Agence de la santé publique du Canada: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2007). *Réponse du Canada à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé*. Récupéré le 30 mars 2016 du site de l'Agence de la santé publique du Canada: <http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/glos-fra.php>
- American Psychological Association. (2016). *Education and Socioeconomic Status*. Récupéré le 30 mars 2016 du site American Psychological Association: <http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/factsheet-education.aspx>
- Andreasen, C. H., Stender-Petersen, K. L., Mogensen, M. S., Torekov, S. S., Wegner, L., Andersen, G., ...Calusen, J. O. (2008). Low physical activity accentuates the effect of the FTO rs9939609 polymorphism on body fat accumulation. *Diabetes*, 57 (1), 95-101.
- Arya, R., Blangero, J., Williams, K., Almasy, L., Dyer, T. D., Leach, R. J., ...Duggirala, R. (2002). Factors of insulin resistance syndrome-related phenotypes are linked to genetic locations on chromosomes 6 and 7 in nondiabetic Mexican-Americans. *Diabetes*, 51 (3), 841-847.
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V. et Clark, W. S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of general internal medicine*, 13 (12), 791-798.
- Ball, K. et Crawford, D. (2005). Socioeconomic status and weight change in adults: a review. *Social Science & Medicine*, 60 (9), 1987-2010.
- Banks, I. (2004). New models for providing men with health care. *Journal of Men's Health and Gender*, 1 (2-3), 155-158.
- Bélanger, M., Bouchard, L., Gaboury, I., Sonier, B., Gagnon-Arpin, I., Schofield, A. et Bourque, P. E. (2011). Perceived Health Status of Francophones and Anglophones in an Officially Bilingual Canadian Province. *Canadian Journal of Public Health*, 102 (2), 122-26.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. et Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155 (2), 97-107.

- Bock, B. C. et Kanarek, R. B. (1995). Women and men are what they eat: The effects of gender and reported meal size on perceived characteristics. *Sex Roles*, 33, 109-119.
- Bordo, S. (2004). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Cambridge: Harvard University Press.
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3 (2), 77-101.
- Brownson, R. C., Boehmer, T. K. et Luke, D. A. (2005). Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? *Annual Review of Public Health*, 26, 421-443.
- Butler, J. (2001). *Principles of Health Education & Health Promotion* (3<sup>e</sup> éd.). Belmont, Californie: Wadsworth.
- Cameron, E. et Bernardes, J. (1998). Gender and disadvantage in health: men's health for a change. *Sociology of Health and Illness*, 20 (5), 673-693.
- Cameron, J. D., Cyr, M. J. et Doucet, E. (2010). Increased meal frequency does not promote greater weight loss in subjects who were prescribed an 8-week equi-energetic energy-restricted diet. *British journal of nutrition*, 103 (8), 1098-1101.
- Carroll, G. (2006). *Pratiques en santé communautaire*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2013). *Directives sur la consommations d'alcool*. Récupéré le 11 août 2015 du site du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-fr.pdf>
- Centre de références pour professionnels sur les troubles de l'alimentation et de l'image corporelle au masculin. (2015b). *Qu'est ce que la masculinité?* Récupéré le 29 décembre 2015 du site PROFIL: <http://prof-il.org/quest-ce-masculinite/>
- Centre de références pour professionnels sur les troubles de l'alimentation et de l'image corporelle au masculin. (2015a). *Le complexe d'Adonis : les troubles de l'image corporelle au masculin*. Récupéré le 29 décembre 2015 du site PROFIL: <http://prof-il.org/complexe-dadonis-les-troubles-limage-corporelle-au-masculin/>
- Centre for Disease Control and Prevention. (2011). *Physical activity for Everyone: The Benefits of Physical Activity*. Récupéré le 8 novembre 2014 du site Centre for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/health/>
- Cho, S., Dietrich, M., Brown, C. J., Clark, C. A. et Block, G. (2003). The effect of breakfast type on total daily energy intake and body mass index: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *Journal of the American College of Nutrition*, 22 (4), 296-302.
- Civil Society Organisations. (2014). *Kenya Civil Society Portal for Health*. Récupéré le 16 décembre 2014 du site CSO Profile: [http://www.csokenya.or.ke/site/index.php/cso/cso\\_index/46](http://www.csokenya.or.ke/site/index.php/cso/cso_index/46)

- Colley, R. C., Garriguet, D., Janssen, I., Craig, C. L., Clarke, J. et Tremblay, M. S. (2011). Activité physique des adultes au Canada : résultats d'accélérométrie de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009. *Rapports sur la santé*, 22 (1).
- Collins, C. E., Morgan, P. J., Warren, J. M., Lubans, D. R. et Callister, R. (2011). Men participating in a weight-loss intervention are able to implement key dietary messages, but not those relating to vegetables or alcohol: the Self-Help, Exercise and Diet using Internet Technology (SHED-IT) study. *Public health nutrition*, 14 (1), 168-175.
- Cordier, R. et Wilson, N. J. (2014). Community-based Men's Sheds: promoting male health, wellbeing and social inclusion in an international context. *Health promotion international*, 29 (3), 483-493.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Creswell, J. et Plano Clark, V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, Californie, États-Unis: Sage Publications Inc.
- Creswell, J. W. et Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*, 39(3), 124-130.
- Cutler, D. M. et Lleras-Muney, A. (2006). Education and health: evaluating theories and evidence. *National Bureau of Economic Research*, w12352.
- DeWalt, D. A. et Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124 (3), S265-S274.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E. et Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*, 23 (2), 87-92.
- Egger, G. et Mowbray, G. (1993). A qualitative analysis of obesity and at-risk overweight in working men. *Australian journal of nutrition and dietetics*, 50, 10-14.
- European Peer Training Organisation. (2014). *EPTO*. Récupéré le 16 décembre 2014 du site European Peer Training Organisation: <http://www.epto.org/>
- Evans, J., Frank, B., Oliffe, J. L. et Gregory, D. (2011). Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health*, 8 (1), 7-15.
- Fischer, A. H. (1993). Sex differences in emotionality: Fact or stereotype? *Feminism & Psychology*, 3 (3), 303-318.
- Fogelholm, M., Kujala, U., Kaprio, J. et Sarna, S. (2000). Predictors of weight change in middle-aged and old men. *Obesity Research*, 8, 367-373.
- Frayling, T. M., Timpson, N. J., Weedon, M. N., Zeggini, E., Freathy, R. M., Lindgren, C. M., ...Shields, B. (2007). A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. *Science*, 316 (5826), 889-894.
- Gagnon-Arpin, I., Makvandi, E., Imbeault, P., Batal, M. et Bouchard, L. (2013). Le surplus de poids chez les francophones et les anglophones. *Revue Canadienne de santé publique*, S21-S25.
- Gedrich, K. (2003). Determinants of nutritional behaviour: a multitude of levers for successful intervention? *Appetite*, 41 (3), 231-238.

- Gill, R., Henwood, K. et McLean, C. (2005). Body projects and the regulation of normative masculinity. *Body and Society*, 11 (1), 37-62.
- Godin, G. et Shephard, R. J. (1997). *Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire*. Récupéré le 17 février 2016 du site Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire: [http://www.godin.fsi.ulaval.ca/Fichiers/Quest/Godin\\_Leisure\\_fr.pdf](http://www.godin.fsi.ulaval.ca/Fichiers/Quest/Godin_Leisure_fr.pdf)
- Gold. (2014). *Gold Peer Education Development Agency*. Récupéré le 16 décembre 2014 du site NGO Pulse: <http://www.ngopulse.org/organisation/gold-peer-education-development-agency>
- Goldfinger, J. Z., Arniella, G., Wylie-Rosett, J. et Horowitz, C. R. (2008). Project HEAL: peer education leads to weight loss in Harlem. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19 (1), 180.
- Good, G. E., Dell, D. M. et Mintz, L. B. (1989). Male role and gender role conflict: Relations to help seeking in men. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 295-300.
- Gough, B. (2007). “Real men don’t diet”: An analysis of contemporary newspaper representations of men, food and health. *Social Science and Medicine*, 64, 326-327.
- Gough, B. et Conner, M. T. (2006). Barriers to healthy eating among men: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 62 (1), 387–395.
- Green, L. et Kreuger, M. (1999). *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach* (3<sup>e</sup> éd.). Mountain View, Californie: Mayfield Publisher.
- Haapanen, N., Miilunpalo, S., Pasanen, M., Oja, P. et Vuori, I. (1997). Association between leisure time physical activity and 10-year body mass change among working-aged men and women. *International Journal of Obesity*, 21, 288-296.
- Hagan, L. et Bujold, L. (2010). *Éduquer à la santé: l'essentiel de la théorie et des méthodes: manuel de formation*. Laval: Presses de l'Université Laval.
- Hammoud, A. O., Gibson, M., Peterson, C. M., Meikle, A. W. et Carrell, D. T. (2008). Impact of male obesity on infertility: a critical review of the current literature. *Fertility and sterility*, 90 (4), 897-904.
- Harvard School of Public Health. (2014). *Vegetables and Fruits: Get Plenty Every Day*. Récupéré le 7 novembre 2014 du site Harvard School of Public Health |The Nutrition Source: <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/vegetables-full-story/#cvd>
- Holm, L. et Møhl, M. (2000). The role of meat in everyday food culture: an analysis of an interview study in Copenhagen. *Appetite*, 34 (3), 277-283.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., ...Laudet, A. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of substance abuse treatment*, 26 (3), 151-158.
- Hunt, K., McCann, C., Gray, C. M., Mutrie, N. et Wyke, S. (2013). “You've got to walk before you run”: Positive evaluations of a walking program as part of a gender-sensitized, weight-management program delivered to men through professional football clubs. *Health psychology*, 32(1), 57-65.
- Hunt, K., Wyke, S., Gray, C. M., Anderson, A. S., Brady, A., Bunn, C., ...Miller, E. (2014). A gender-sensitised weight loss and healthy living programme for overweight and

- obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*, 383 (9924), 1211-1221.
- Husaini, B. A., Moore, S. T. et Cain, V. A. (1994). Psychiatric symptoms and help-seeking behavior among the elderly: An analysis of racial and gender differences. *Journal of Gerontological Social Work*, 21, 177-193.
- Jansz, J. (2000). Masculine identity and restrictive emotionality. *Gender and emotion: Social psychological perspectives*, 166-186.
- Jbilou, J. (2014). Men's Health. *International Innovation*, (128), 121-123.
- Jeffery, R. W. (1996). Socioeconomic status, ethnicity and obesity in women. *Annals of epidemiology*, 6 (4), 263-265.
- Jenkins, D. J., Wolever, T. M., Vuksan, V., Brighenti, F., Cunnane, S. C., Rao, A. V., ...Corey, P. (1989). Nibbling versus gorging: metabolic advantages of increased meal frequency. *New England Journal of Medicine*, 321 (14), 929-934.
- Jensen, K. et Holm, L. (1999). Preferences, quantities and concerns: socio-cultural perspectives on the gendered consumption of foods. *European Journal of Clinical Nutrition*, 351-359.
- Kant, A. K., Whitley, M. I. et Graubard, B. I. (2015). Away from home meals: associations with biomarkers of chronic disease and dietary intake in American adults, NHANES 2005–2010. *International Journal of Obesity*, 39 (5), 820-827.
- Kessler, R. C., Brown, R. L. et Boman, C. L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 49-64.
- Kiefer, I., Rathmanner, T. et Kunze, M. (2005). Eating and dieting differences in men and women. *Journal of Men's Health and Gender*, 2 (2), 194-201.
- Kindig, D. A., Panzer, A. M. et Nielsen-Bohlman, L. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington: National Academies Press.
- Korkiakangas, E. E., Alahuhta, M. A. et Laitinen, J. H. (2009). Barriers to regular exercise among adults at high risk or diagnosed with type 2 diabetes: a systematic review. *Health Promotion International*, dap031.
- Kpeltse, K., Devlin, R. et Sarma, S. (2014). The Effect of Income on Obesity among Canadian Adults. London, Ontario, Canada.
- Lafrance, M. (2015). *Le genre*. Récupéré le 29 décembre 2015 du site PROFIL: <http://prof-il.org/video/le-genre/>
- Lafrance, M. (2004). *Masculinité - Partie 1*. Récupéré le 3 mai 2016 du site du Centre de référence pour professionnels sur les troubles de l'alimentation et de l'image corporelle au masculin: <http://prof-il.org/video/masculinite-partie-1/>
- Lahlou, S. (2005). Peut-on changer les comportements alimentaires? *Cahiers de nutrition et de diététique*, 40 (2), 91-96.
- Lee, C. et Owens, R. G. (2002). Issues for a psychology of men's health. *Journal of Health Psychology*, 7 (3), 209-217.



- Levant, R. F. et Pollack, W. S. (1995). *A new psychology of men*. New York: Basic Books.
- McKay, J. R., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., Kabasakalian-McKay, R. et Alterman, A. I. (1996). Gender differences in the relapse experiences of cocaine patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 184 (10), 616-622.
- Men's Health Forum. (2016a). *Key Data: Understanding Of Health And Access To Services*. Récupéré le 13 janvier 2016 du site Men's Health Forum: <https://www.menshealthforum.org.uk/key-data-understanding-health-and-access-services>
- Men's Health Forum. (2016b). *Man Manuals*. Récupéré le 16 mai 2016 du site Men's Health Forum: <https://www.menshealthforum.org.uk/man-manuals>
- Mesas, A. E., León-Muñoz, L. M., Guallar-Castillón, P., Graciani, A., Gutiérrez-Fisac, J. L., López-García, E., ... Rodríguez-Artalejo F (2012). Obesity-related eating behaviours in the adult population of Spain, 2008–2010. *Obesity Reviews*, 13 (10), 858-867.
- Mooney, K. M. et DeTore, J. (1994). Perceptions of women related to food choice. *Sex Roles*, 31, 433-442.
- Morgan, P. J., Collins, C. E., Plotnikoff, R. C., Cook, A. T., Berthon, B., Mitchell, S. et Callister, R. (2011). Efficacy of a workplace-based weight loss program for overweight male shift workers: the Workplace POWER (Preventing Obesity Without Eating like a Rabbit) randomized controlled trial. *Preventive medicine*, 52 (5), 317-325.
- Morgan, P. J., Collins, C. E., Plotnikoff, R. C., McElduff, P., Burrows, T., Warren, J. M., ...Callister, R. (2010). The SHED-IT community trial study protocol: a randomised controlled trial of weight loss programs for overweight and obese men. *BMC Public Health*, 10 (1), 1.
- Morgan, P. J., Lubans, D. R., Collins, C. E., Warren, J. M. et Callister, R. (2009). The SHED-IT Randomized Controlled Trial: Evaluation of an Internet-based Weight-loss Program for Men. *Obesity*, 17 (11), 2025-2032.
- Morse, J. M. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40, 120-123.
- Mosca, L., Barrett-Connor, E. et Wenger, N. K. (2011). Sex/gender differences in cardiovascular disease prevention what a difference a decade makes. *Circulation*, 124 (19), 2145-2154.
- Moynihan, C. (1998). Theories in health care and research: theories of masculinity. *British Medical Journal*, 317 (7165), 1072.
- Ogden, J., Karim, L., Choudry, A. et Brown, K. (2007). Understanding successful behaviour change: the role of intentions, attitudes to the target and motivations and the example of diet. *Health education research*, 22 (3), 397-405.
- Oliffe, J. et Phillips, M. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health*, 5 (3), 194-202.
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *WHO | Health Education*. Récupéré le 11 mars 2016 du site de l'Organisation mondiale de la santé: [http://www.who.int/topics/health\\_education/en/#](http://www.who.int/topics/health_education/en/#)

Organisation mondiale de la santé. (2015a). *OMS Obésité et surpoids*. Récupéré le 30 juillet 2015 du site de l'Organisation mondiale de la santé: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

Organisation mondiale de la santé. (2015b). *Pourquoi parle-t-on de "genre" et santé?* Récupéré le 29 décembre 2015 du site de l'Organisation mondiale de la santé: <http://www.who.int/gender/genderandhealth/fr/>

Organisation mondiale de la santé. (2015c). *Qu'entendons-nous par "sexe" et par "genre"?* Récupéré le 3 août 2015 du site de l'Organisation mondiale de la santé: <http://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>

Organisation mondiale de la santé. (2014a). *Activité physique pour les adultes*. Récupéré le 8 novembre 2014 du site de l'Organisation mondiale de la santé: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/fr/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/fr/)

Organisation mondiale de la santé. (2000). *Et si on parlait des garçons? Compte-rendu de publications sur la santé et le développement des garçons adolescents*. Récupéré le 13 mai 2016 du site de l'Organisation mondiale de la santé: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66488/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.7\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66488/1/WHO_FCH_CAH_00.7_fre.pdf)

Osuna C, J. A., Gomez-Perez, R., Arata-Bellabarba, G. et Villaroel, V. (2006). Relationship between BMI, total testosterone, sex hormone-binding-globulin, leptin, insulin and insulin resistance in obese men. *Systems Biology in Reproductive Medicine*, 52 (5), 355-361.

Padesky, C. A. et Hammen, C. L. (1981). Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. *Sex Roles*, 7, 309-320.

Pagoto, S., Schneider, K., Oleski, J., Luciani, J., Bodenlos, J. et Whited, M. (2012). Male Inclusion in Randomized Controlled Trials of Lifestyle Weight Loss Interventions. *Obesity*, 20 (6), 1234-1239.

Pliner, P. et Chaiken, S. (1990). Eating, social motives, and self-presentation in women and men. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 240-254.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, C. J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47 (9), 1102.

Qibin, Q., Li, Y., Chomistek, A. K., Kang, J. H., Curhan, G. C., Pasquale, L. R., ...Qi, L. (2012). Television watching, leisure-time physical activity and the genetic predisposition in relation to body mass index in women and men. *Circulation*, CIRCULATIONAHA-112.

Raine, K. D. (2005). Determinants of healthy eating in Canada: an overview and synthesis. *Revue canadienne de santé publique*, S8-S14.

Rampersaud, E., Mitchell, B. D., Pollin, T. I., Fu, M., Shen, H., O'Connell, J. R., ...Shuldiner, A. R. (2008). Physical activity and the association of common FTO gene variants with body mass index and obesity. *Archives of internal medicine*, 168 (16), 1791-1797.

Raphael, D. (2003). Barriers to addressing the societal determinants of health: Public health units and poverty in Ontario, Canada. *Health Promotion International*, 18 (4), 397-405.

- Rhee, K. E., Phelan, S. et McCaffery, J. (2012). Early determinants of obesity: genetic, epigenetic, and in utero influences. *International journal of pediatrics*, 2012, 1-9.
- Robertson, L. M., Douglas, F., Ludbrook, A., Reid, V. et van Teijlingen, E. (2008). What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. *BMC health services research*, 8 (1), 141.
- Roos, G., Prättälä, R. et Koski, K. (2001). Men, masculinity and food: interviews with Finnish carpenters and engineers. *Appetite*, 37 (1), 47-56.
- Rootman, I. et Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada – Rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé*. Récupéré le 13 janvier 2016 du site de l'Agence de la santé publique du Canada: [http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report\\_f.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_f.pdf)
- Sabinsky, M. S., Toft, U., Raben, A. et Holm, L. (2007). Overweight men's motivations and perceived barriers towards weight loss. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61 (4), 526-531.
- Saboor Aftab, S. A., Kumar, S. et Barber, T. M. (2013). The role of obesity and type 2 diabetes mellitus in the development of male obesity-associated secondary hypogonadism. *Clinical endocrinology*, 78 (3), 330-337.
- Santé Canada. (2012a). *Votre santé et vous - Les gras : les bons, les mauvais et les vilains*. Récupéré le 7 novembre 2014 du site de Santé Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/med/fats-gras-fra.php>
- Santé Canada. (2012b). *Le normogramme de l'indice de masse corporelle (IMC) - Aliments et nutrition - Santé Canada*. Récupéré le 31 juillet 2015 du site de Santé Canada: [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi\\_chart\\_java-graph\\_imc\\_java-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi_chart_java-graph_imc_java-fra.php)
- Santé Canada. (2011). *Obtenez votre exemplaire - Guide alimentaire canadien*. Récupéré le 5 novembre 2014 du site de Santé Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/order-commander/index-fra.php#a2>
- Scottish Peer Education Network. (2014). *Scottish Peer Education Network (SPEN) - Home*. Récupéré le 16 décembre 2014 du site SPEN scottish peer education network: <http://www.spen.org.uk/>
- Scuteri, A., Sanna, S., Chen, W. M., Uda, M., Albai, G., Strait, J., ...Dei, M. (2007). Genome-wide association scan shows genetic variants in the FTO gene are associated with obesity-related traits. *PLoS Genetics*, 3 (7), e115.
- Sherwood, N. E., Morton, N., Jeffery, R. W., French, S. A., Neumark-Sztainer, D. et Falkner, N. H. (1998). Consumer preferences in format and type of community-based weight control programs. *American Journal of Health Promotion*, 13 (1), 12-18.
- Siffert, W., Forster, P., Jöckel, K. H., Mvere, D. A., Brinkmann, B., Naber, C., ...Freedman, B. I. (1999). Worldwide ethnic distribution of the G protein  $\beta 3$  subunit 825T allele and its association with obesity in Caucasian, Chinese, and Black African individuals. *Journal of the American Society of Nephrology*, 10 (9), 1921-1930.
- Sloane, B. C. et Zimmer, C. G. (1993). The power of peer health education. *Journal of American College Health*, 41, 241-245.

Smith, G. I., Magkos, F., Reeds, D. N., Okunade, A. L., Patterson, B. W. et Mittendorfer, B. (2013). One Day of Mixed Meal Overfeeding Reduces Hepatic Insulin Sensitivity and Increases VLDL Particle But Not VLDL-Triglyceride Secretion in Overweight and Obese Men. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98 (8), 3454-3462.

Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2004). *Guide du conseiller en condition physique et habitudes de vie*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada.

Statistique Canada. (2015). Facteurs associés à la participation électorale. Récupéré le 6 septembre 2016 du site de Statistique Canada: <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2012001/article/11629-fra.htm>

Statistique Canada. (2015). *Pourquoi le gradient social de santé ne s'applique-t-il pas à l'embonpoint?* Récupéré le 30 décembre 2015 du site de Statistique Canada: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008004/article/10746-fra.htm>

Statistique Canada. (2014). *Indice de masse corporelle autodéclaré, embonpoint ou obésité, adulte, selon le groupe d'âge et le sexe (Nombre de personnes)*. Récupéré le 29 juillet 2014 du site de Statistiques Canada: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/health81a-eng.htm>

Statistique Canada. (2013). *Profil de la santé, décembre 2013*. Récupéré le 3 octobre 2014 du site de Statistique Canada: <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/index.cfm?Lang=F>

Statistique Canada. (2006). Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens 2004. *Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, No 82-620-MIF*. Ottawa.

Steim, R. I. et Nemeroff, C. J. (1995). Moral overtones of food: Judgments of others based on what they eat. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21 (5), 480-490.

Stevens, G., Singh, G., Lu, Y., Danaei, G., Lin, J., Finucane, M., ...Paciorek, C. J. (2012). National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Population Health Metrics*, 10 (22).

Tanofsky-Kraff, M., Han, J. C., Anandalingam, K., Shomaker, L. B., Columbo, K. M., Wolkoff, L. E., ...Yanovski, S. Z. (2009). The FTO gene rs9939609 obesity-risk allele and loss of control over eating. *The American journal of clinical nutrition*, 90 (6), 1483-1488.

Thom, B. (1986). Sex differences in help-seeking for alcohol problems: 1. The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*, 81, 777-788.

Ussher, J. M. (1991). *Women's madness: Misogyny or mental illness?* Massachusetts: University of Massachusetts Press.

Vessey, J. T. et Howard, K. I. (1993). Who seeks psychotherapy? *Psychotherapy*, 30, 546-553.

Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A. et Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of epidemiology and community health*, 61 (12), 1086-1090.

Walton, C., Coyle, A. et Lyons, E. (2004). Death and football: An analysis of men's talk about emotions. *British Journal of Social Psychology*, 43 (3), 401-616.

- Wardle, J. et Griffith, J. (2001). Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *Journal of epidemiology and community health*, 55 (3), 185-190.
- Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K. et Bellis, F. (2004). Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27 (2), 107-116.
- Webbink, D., Martin, N. G. et Visscher, P. M. (2010). Does education reduce the probability of being overweight? *Journal of Health Economics*, 29 (1), 29-38.
- Weissman, M. M. et Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of general psychiatry*, 34 (1), 98.
- Wilmore, J. H., Costill, D. L. et Kenney, L. W. (2008). *Physiologie du sport et de l'exercice* (4<sup>e</sup> éd.). (A. Delamarche, P. Delamarche, C. Groussard et H. Zouhal, trad.) Bruxelles, France: Groupe De Boeck.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research Design and Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Yoon, Y., Oh, S. et Park, H. (2006). Socio-Economic Status in Relation to Obesity and Abdominal Obesity in Korean Adults: A Focus on Sex Differences. *Obesity*, 14 (5), 909-919.
- Young, T. K., Chateau, D. et Zhang, M. (2002). Factor analysis of ethnic variation in the multiple metabolic (insulin resistance) syndrome in three Canadian populations. *American journal of human biology*, 14 (5), 649-658.
- Young, D. R., Haskell, W. L., Taylor, C. B. et Fortmann, S. P. (1996). Effect of Community Health Education on Physical Activity Knowledge, Attitudes, and Behavior The Stanford Five-City Project. *American Journal of Epidemiology*, 144 (3), 264-274.
- Young, M., Morgan, P., Plotnikoff, R., Callister, R. et Collins, C. (2012). Effectiveness of male-only weight loss and weight loss maintenance interventions: a systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews*, 13 (5), 393-408.
- Zhong, X., Wang, Z., Fisher, E. B. et Tanasugarn, C. (2015). Peer support for diabetes management in primary care and community settings in Anhui Province, China. *The Annals of Family Medicine*, 13 (1), S50-S58.

## ANNEXE A : Contenu du programme *PairForm* ©

### SESSIONS HEBDOMADAIRES

#### SEMAINE 1: Présentation du programme

- Explication de la structure
- Insister sur l'importance d'adopter des changements à long terme et non sur une diète restrictive à court terme
- Présentation du matériel d'information: Journal de suivi de l'alimentation et l'activité physique (JSAAP), utilisation du site web
- Établissement d'objectifs réalistes (SMART)
  - Professionnel de santé homme ou intervenant communautaire

#### SEMAINE 2: Conseil en nutrition

- Modèle d'assiette de repas
- Établissement de la taille d'une portion de repas
- Travail sur les groupes d'aliments
  - Professionnel de santé homme ou intervenant communautaire
  - Dieticienne

#### SEMAINE 3: Activité physique

- NEAT
- Milieu de travail et alimentation\Activité physique
- Gym
- Renforcement pour les prochaines sessions
- Apporter des étiquettes d'aliments et un exemple de une journée de votre journal JSAAP
  - Professionnel de santé homme ou intervenant communautaire
  - Physiothérapeute\Expert en activité physique

#### SEMAINE 4: JSAAP collectif

- Évaluation inter-personnelle du JSAAP en groupe
- Évaluation d'étiquettes d'aliments
  - Professionnel de santé homme ou intervenant communautaire
  - Dieticienne

#### SEMAINE 5: Tour au marché ou au magasin

- Tour au marché avec la diététicienne avec présentation d'alternative de choix santé
- Conférence avec un invité
  - Professionnel de santé homme ou intervenant communautaire
  - Dieticienne

#### SEMAINE 6: motivation

- Conseil en santé mentale
- Motivation
- Présentation sur émotions et alimentation
  - Professionnel de santé homme ou intervenant communautaire
  - Psychologue\Travailleur social

#### SEMAINE 7: Session ouverte

- Discussion interactive
- Défis et obstacles
- Forces et faiblesses
- Stratégies pour lutter contre les barrières anticipées
  - Professionnel de santé homme ou intervenant communautaire

#### SEMAINE 8: Mesures

- Mesures anthropométriques
- Jeux avec sac de sables correspondant au poids perdu
- Promenade à l'extérieur
  - Professionnel de santé homme ou intervenant communautaire

#### SEMAINE 9: Conseil en diététique

- Choix de collation avec présentation d'alternatives santé
- Éducation autour de la consommation d'alcool et de tabac
- Présentation des expériences personnelles (Volontaire)
  - Diététicienne

#### SEMAINE 10: Suivi du JSAAP

- Comparaison individuelle entre Sem 1 et Sem 10 du journal d'alimentation
- Comparaison individuelle entre Sem 1 et Sem 10 du journal de l'activité physique
- Renforcement de l'importance de l'activité physique
- Partage intra-groupe des stratégies développées et des idées
  - Diététicienne

#### SEMAINE 11: Guide pratique sur l'alimentation

- Choix de repas dans un menu de restaurant: Alternatives santé
- Choix de repas lors d'une sortie sociale
- Partage d'expériences personnelles et d'idées
  - Diététicienne

#### SEMAINE 12: Session d'intégration avec une activité de repas de groupe

- Mesures anthropométriques
- Retour sur les objectifs SMART initiaux et évaluation
- Opinions, suggestions, appréciations
- Prix de récompense et reconnaissance
  - Professionnel de santé homme ou intervenant communautaire

## **ANNEXE B : Questions pour le groupe de discussion**

1. Veuillez discuter des composantes de ce programme que vous avez trouvé profitables (recrutement, évaluations, éducation, etc.).
2. Quels aspects du programme pourraient être améliorés? (recrutement, évaluations, éducation, etc.)
3. Est-ce que vous avez rencontré des défis de participation et comment est-ce que vous les avez surmontés?
4. À votre avis, quel impact a eu le programme *PairForm* © sur les participants?

## **ANNEXE C : Questions pour l'entrevue avec le pair facilitateur**

1. En tant que pair facilitateur que pensez-vous de la formation et des outils que vous avez reçus pour vous préparer à faciliter le groupe? (quantité, qualité, timing)
2. En tant que pair facilitateur quels sont les éléments qui vous ont facilité la tâche?
3. Quels sont les défis que vous avez rencontrés et comment les avez-vous surmontés?
4. Que pensez-vous des modules éducationnels? (format, contenu)
5. Est-ce que vous avez rencontré des défis lors de la gestion de votre groupe et comment les avez-vous surmontés?
6. À votre avis, quel impact a eu le programme *PairForm* © sur les participants? (connaissances, attitudes, comportements, etc.)



## ANNEXE D : Questionnaire *PairForm* © (ville du Grand Sudbury)

**Ce questionnaire porte sur vos connaissances et perceptions des comportements en lien avec un poids santé.**

**1. Dans quel type d'endroit allez-vous habituellement pour vos soins médicaux généraux?**

*Cochez une seule réponse*

- ☐ Aucun endroit en particulier
- ☐ Clinique ou bureau de médecin
- ☐ Centre de santé communautaire
- ☐ Salle d'urgence d'un hôpital

**2. Est-ce que durant votre dernière visite chez votre médecin, il vous a conseillé quelque chose (diète ou exercice) pour diminuer votre poids?**

*Cochez une seule réponse*

- ☐ NON ☐ OUI

**3. Souffrez-vous d'une maladie chronique diagnostiquée depuis plus de 6 mois? Si oui, est-elle en traitement?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète (sucre dans le sang), en traitement? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| <input type="checkbox"/> Haute pression, en traitement?               | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| <input type="checkbox"/> Maladie du cœur, en traitement?              | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| <input type="checkbox"/> Autre, S.V.P. précisez, en traitement?       | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
- 
- 

**4. En général, comment décrivez-vous votre santé?**

- ☐ Très mauvaise ☐ Mauvaise ☐ Indifférente ☐ Bonne ☐ Très bonne

**5. Fumez-vous?**

- ☐ NON, SVP allez à la **question 5**
- ☐ OUI, SVP, répondre aux questions suivantes :

**a) Depuis combien de temps?**

\_\_\_\_\_ années et \_\_\_\_\_ mois

**b) Combien de cigarettes par jour?**

\_\_\_\_\_ cigarettes/jour

**c) Avez-vous essayé d'arrêter?**

☐ NON : pourquoi?

---

☐ OUI : par quelle méthode (s)?

---

Nombre d'essais :

---

**d) Souhaitez-vous arrêter de fumer?**

☐ NON : pourquoi?

---

☐ OUI

**6. Au cours des derniers 30 jours, avez-vous fait quelque chose pour diminuer votre poids?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- ☐ Rien
  - ☐ Marche à pied
  - ☐ Course
  - ☐ Vélo
  - ☐ Diète
  - ☐ Réduis ma consommation de sucre
  - ☐ Réduis ma consommation de gras
  - ☐ Consulter un conseiller en santé
  - ☐ Autre, SVP précisez :
- 

**7. D'après vous, que doit surveiller régulièrement un homme âgé entre 25 et 50 ans?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- ☐ Vaccins
  - ☐ Poids
  - ☐ Pression dans le sang
  - ☐ Sucre dans le sang
  - ☐ Gras dans le sang
  - ☐ Autre, SVP précisez :
-

**8. D'après vous, quels sont les effets du stress?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- ☐ Augmentation du poids
- ☐ Augmentation de la pression dans le sang
- ☐ Amélioration de la productivité au travail
- ☐ Troubles de l'érection
- ☐ Troubles du sommeil
- ☐ Dépression
- ☐ Aucun de ces points, les hommes ne sont pas sensibles au stress

**9. D'après vous comment peut-on savoir si un homme fait une dépression?**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- ☐ Il devient rapidement irritable et en colère
- ☐ Il a des comportements abusifs (alcool, drogue, et violence)
- ☐ Il pleure beaucoup
- ☐ Il a des aventures ou des rencontres sexuelles extraconjugales
- ☐ Il devient trop impliquer au travail
- ☐ Il s'absente beaucoup du travail
- ☐ Aucun de ces points
- ☐ Tous ces points

**10. Sur une échelle de 1 à 10 (1= bas, 10=élevé) comment jugez-vous votre stress dans les contextes suivants :**

Au travail : \_\_\_\_\_ Vie sociale/personnel : \_\_\_\_\_

**11. Que faites-vous pour gérer le stress?**

---

---

---

---

12. Veuillez lire l'étiquette suivante apposée sur une soupe et répondre aux deux prochaines questions.

<b>Valeur nutritive</b>	
par 125mL (87 g)	
Teneur	% valeur quotidienne
<b>Calories 100</b>	
<b>Lipides</b> 2 g	4 %
saturés 0 g	0 %
+ trans 0 g	0 %
<b>Cholestérol</b> 0 mg	
<b>Sodium</b> 0 mg	0 %
<b>Glucides</b> 18 g	6 %
Fibres 2 g	8 %
Sucres 2 g	
<b>Protéines</b> 3 g	
<b>Vitamine A</b> 2 %	<b>Vitamine C</b> 10 %
<b>Calcium</b> 0 %	<b>Fer</b> 2 %

a) Cette soupe est :

*Cochez tout ce qui s'applique*

- ☐ Faible en gras
- ☐ Riche en sucre
- ☐ Faible en sel
- ☐ Riche en fibres

b) Si je bois deux (2) bols (250mL) de cette soupe, je dois :

*Cochez tout ce qui s'applique*

- ☐ faire attention à la quantité de gras que je vais manger après
- ☐ faire attention à la quantité de sucre que je vais manger après
- ☐ faire attention à la quantité de sel que je vais manger après
- ☐ rien, c'est une soupe « santé »

13. Parmi ces aliments, lesquels sont riches et lesquels sont faibles en gras?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Muffins du commerce :                                   | <input type="checkbox"/> Riches en gras | <input type="checkbox"/> Pauvres en gras |
| Pâtes, sauce tomate, légumes :                          | <input type="checkbox"/> Riches en gras | <input type="checkbox"/> Pauvres en gras |
| Crème de légume :                                       | <input type="checkbox"/> Riche en gras  | <input type="checkbox"/> Pauvre en gras  |
| Céréales granolas :                                     | <input type="checkbox"/> Riches en gras | <input type="checkbox"/> Pauvres en gras |
| Salade grecque :<br>(Tomates, concombres, feta, olives) | <input type="checkbox"/> Riche en gras  | <input type="checkbox"/> Pauvre en gras  |

14. En consultant la figure suivante, d'après vous, combien un homme peut-il boire d'alcool par jour, et quel est le nombre maximal de consommations par semaine pour un homme?



- ☐ 1 verre par jour et un maximum de 6 verres par semaine
- ☐ 2 verres par jour et un maximum de 10 verres par semaine
- ☐ 3 verres par jour et un maximum de 15 verres par semaine
- ☐ 4 verres par jour et un maximum de 18 verres par semaine

15. En moyenne, combien de verres d'alcool consommez-vous par jour/semaine? (Indiquer 0 si vous ne consommez pas d'alcool).

\_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ semaine

16. En moyenne, combien de fois par semaine consommez-vous des aliments préparez hors de la maison (restaurant)?

\_\_\_\_\_ fois par semaine.

17. Pour chaque journée de la semaine, indiquez votre horaire alimentaire.

*Cochez tout ce qui s'applique*

	Déjeuner	Collation	Diner	Collation	Souper	Collation
<b>Lundi</b>						
<b>Mardi</b>						
<b>Mercredi</b>						
<b>Jeudi</b>						
<b>Vendredi</b>						
<b>Samedi</b>						
<b>Dimanche</b>						

18. En moyenne, combien de portions de fruits et de légumes consommez-vous par jour?

\_\_\_\_\_ portions de **fruits** par jour. \_\_\_\_\_ portions de **légumes** par jour.

19. **Brièvement**, est-ce que vous croyez que vous mangez sainement? Appuyer votre réponses.

---

---

---

20. Pour un homme de votre âge, combien de temps d'exercice doit-il faire par jour pour être en santé?

\_\_\_\_\_ (en heures ou minutes).

21. Comment évaluez-vous qu'un exercice physique a été bénéfique?

---

---

---

22. Considérez une période d'une semaine. Combien de fois, en moyenne, vous adonnez-vous aux types d'activités physiques suivantes pendant plus de 15 minutes durant vos temps libres? (Inscrivez le nombre approprié sur chaque ligne.)

Nombre de fois par  
semaine

a) **Activité physique d'intensité élevée**

(fréquence cardiaque élevée)

**Exemples** : jogging ou course à pied, ski de fond, nage intensive, bicycle intensif sur une longue distance

---

b) **Activité physique Modérée**

(sans être exténuante)

**Exemples** : marche rapide, tennis, badminton, golf, motoneige, danse, volley-ball, bicycle de promenade

---

c) **Activité physique d'intensité faible**

(effort minimal)

**Exemples** : marche lente, quilles, golf, curling

---

23. Considérez une période d'une semaine. Durant vos temps libres, à quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique régulière suffisamment soutenue pour provoquer une transpiration (le cœur bat rapidement)?

☐ Souvent

☐ Parfois

☐ Jamais/rarement

**24. L'activité physique contribue à :**

*Cochez tout ce qui s'applique*

- ☐ la réduction du stress
- ☐ la prévention de maladies chroniques comme le cancer, le diabète de type 2 et les maladies du cœur
- ☐ l'amélioration de l'endurance et de la force musculaire
- ☐ la diminution de la fatigue
- ☐ la prévention du déclin cognitif

**25. Est-ce qu'il y a des raisons pour lesquelles vous ne faites pas plus d'exercice?**

- ☐ **Non** il n'y a pas de raisons pour lesquelles je ne fais pas plus d'exercice
- ☐ **Oui**, manque de temps
- ☐ **Oui**, distance des salles d'entraînement
- ☐ **Oui**, inconforts dans les salles d'entraînement
- ☐ **Oui**, je n'aime pas faire de l'exercice
- ☐ **Oui**, l'accessibilité d'équipement ou de terrain sportifs
- ☐ **Oui**,  
Autre \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer des précisions, commentaires ou suggestions au sujet du questionnaire dans la section suivante.**

---

---

---

---

---

---

**Merci pour votre temps et votre précieuse collaboration!**

## ANNEXE E : Fiche d'information; Branche quantitative



**Laurentian University**  
**Université Laurentienne**



**CENTRE DE FORMATION MÉDICALE  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK**



### **Évaluation d'un modèle intégré pour le contrôle et la gestion du poids pour les hommes francophones du Grand Sudbury âgés entre 25 et 54 ans**

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche qui s'adresse à l'évaluation des effets à court et long -termes de votre participation au programme Peer4Men offert par le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury. Spécifiquement, le CSCGS offre le modèle *Peer4Men*© avec le soutien de la Dre. Jbilou et nous (Gauthier et Jbilou) allons évaluer les effets à court-terme (3 mois) et long-terme (12-24 mois) de l'intervention éducationnelle.

Votre participation exigera que vous alliez compléter un questionnaire à 4 reprises au cours des prochaines deux années. Ce questionnaire comporte des items reliés à vos comportements, attitudes et connaissances en matière de la santé. Un temps de complétion du questionnaire est estimé à 10 minutes. De plus, des mesures anthropométriques seront effectuées au début du programme, semaine 8, 3-12-24 mois par un infirmier autorisé du CSCGS. L'infirmier autorisé va aussi remplir une réquisition pour un laboratoire afin que vous alliez pour une prise de sang. Le laboratoire fera parvenir ensuite les résultats de vos tests demandés par le CSCGS. Le CSCGS communiquera les résultats avec vous et aux chercheurs avec votre consentement. L'infirmier autorisé qui requiert les tests est responsable des résultats. Une prise de sang sera demandée aux 3-12-24 mois.

Si vous n'êtes pas un client du Centre de santé communautaire du Grand Sudbury, vous devez fournir le nom et les coordonnées de votre fournisseur de soins habituel au CSCGS. De cette façon, le CSCGS peut demander que les résultats des tests sanguins soient également acheminés à ce dernier. La gestion de ces informations se fera par CSCGS. Ces informations seront partagées avec nous pour des fins de recherche selon votre approbation.

Votre participation à ce projet de recherche est des plus importantes. En effet, elle permettra au Centre de santé communautaire du Grand Sudbury de mieux comprendre les effets du programme Peer4Men et y en apporter des ajustements, si nécessaire. Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre le questionnaire à un autre moment qui vous conviendra. Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que vous restez, en tout temps, libre de mettre fin à



votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni subir de préjudices de quelque nature que ce soit.

Vous avez été identifié par la gestionnaire du Centre de santé communautaire du Grand Sudbury étant donné votre participation au programme Peer4Men. Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à cette recherche. Les données recueillies resteront confidentielles. Les données personnelles seront conservées sous clé, dans un classeur. Il n'y a que les personnes responsables du projet qui auront accès aux données. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par la chercheuse responsable du projet. Les données seront conservées pour un maximum de cinq ans après les dernières mesures, après quoi elles seront détruites.

## **PERSONNES À CONTACTER**

Pour toute question ou demande d'information sur le projet, je peux communiquer avec l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- Chercheurs principaux : Dre Jalila Jbilou : (506) 858-4931; Dr. Alain Gauthier (705) 675-1151 (poste 1071)
- 

**Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à la recherche ou si vous souhaitez discuter de l'étude avec quelqu'un qui n'est pas relié à l'étude, vous pouvez communiquer avec :**

**Administrateur déontologique, Bureau de la Recherche de l'Université  
Laurentienne, téléphone : 705-675-1151 poste 2436 ou 1-800-461-4030 ou  
par courriel éthique@laurentian.ca.**

## ANNEXE F : Formulaire de consentement; Branche quantitative



**Laurentian University**  
**Université Laurentienne**



**CENTRE DE FORMATION MÉDICALE  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK**



Évaluation d'un modèle intégré pour le contrôle et la gestion du poids pour les hommes francophones du Grand Sudbury âgés entre 25 et 54 ans

### ÉQUIPE DU PROJET ET PROMOTEUR

#### Chercheure principale (Personne contact)

Jalila Jbilou

Unité de médecine familiale de Dieppe/Centre de formation médicale du NB

(506) 858-4931

jalila.jbilou@umoncton.ca

Alain P. Gauthier

Professeur adjoint, Université Laurentienne, Ontario

(705) 675-1151 (poste 1071)

agauthier@laurentienne.ca

#### Sites

Centre de santé communautaire du Grand Sudbury

### DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ

La chercheure principale est responsable du déroulement du présent projet et s'engage à respecter les engagements qui y sont énoncés.

Signature de la chercheure responsable du projet : \_\_\_\_\_

### A. INTRODUCTION

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche qui s'adresse à l'évaluation des effets à court et long termes de votre participation au programme Peer4Men offert par le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury.

### B. OBJECTIF DU PROJET DE RECHERCHE

L'équipe de la Dre. Jbilou à l'Université de Moncton a développé un algorithme clinique avec modèle interventionnel de 12 semaines (*Peer4Men*©) sensible au besoin de la population masculine. Nous avons récemment mené une étude des conditions pré-implantation de cet algorithme clinique et modèle interventionnel parmi les hommes francophones âgés entre de 25 et 54 ans au *Centre de santé communautaire du Grand Sudbury (CSCGS)*. Cette étude préliminaire nous a permis de préparer le terrain pour l'appropriation et l'adoption du modèle interventionnel au CSCGS. L'objectif primaire de

ce projet est d'évaluer l'adoption comme modèle de service pour leur clientèle masculine. Spécifiquement, le CSCGS adoptera le modèle *Peer4Men*© et nous (Gauthier et Jbilou) allons évaluer les effets à court-terme (3 mois) et long-terme (12-24 mois) de l'intervention éducationnelle.

### **C. NATURE DE MA PARTICIPATION**

Votre participation exigera que vous alliez compléter un questionnaire à 4 reprises au cours des prochaines deux années. Ce questionnaire comporte des items reliés à vos comportements, attitudes et connaissances en matière de la santé. Un temps de complétion du questionnaire est estimé à 10 minutes. De plus, des mesures anthropométriques seront effectuées au début du programme, semaine 8, 3-12-24 mois par un infirmier autorisé du CSCGS. L'infirmier autorisé va aussi remplir une réquisition pour un laboratoire afin que vous alliez pour une prise de sang. Le laboratoire fera parvenir ensuite les résultats de vos tests demandés par le CSCGS. Le CSCGS communiquera les résultats avec vous et aux chercheurs avec votre consentement. L'infirmier autorisé qui requiert les tests est responsable des résultats. Une prise de sang sera demandée aux 3-12-24 mois.

Si vous n'êtes pas un client du Centre de santé communautaire du Grand Sudbury, vous devez fournir le nom et les coordonnées de votre fournisseur de soins habituel au CSCGS. De cette façon, le CSCGS peut demander que les résultats des tests sanguins soient également acheminés à ce dernier. La gestion des spécimens et de ces informations se feront par CSCGS. Ces informations seront partagées avec nous pour des fins de recherche selon votre approbation

### **D. AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION**

Votre participation à ce projet de recherche est des plus importantes. En effet, elle permettra au Centre de santé communautaire du Grand Sudbury de mieux comprendre les effets du programme *Peer4Men* et y en apporter des ajustements, si nécessaire.

### **E. INCONVÉNIENTS ET RISQUES POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION**

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre le questionnaire à un autre moment qui vous conviendra. Si en aucun temps, vous vous sentez mal à l'aise, vous pouvez vous retirer de l'étude. Si vous ressentez un besoin de discuter avec un professionnel de la santé (e.g., travailleuse sociale), vous pouvez accéder les services du Centre de santé Communautaire du Grand Sudbury.

## **F. ALTERNATIVES À LA PARTICIPATION**

Vous pouvez ne pas participer à l'évaluation du programme Peer4Men.

## **G. INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par la suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez les chercheurs ou les institutions en cause de leurs responsabilités légales et professionnelles.

## **H. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que vous restez, en tout temps, libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni subir de préjudices de quelque nature que ce soit.

## **I. ARRÊT DU PROJET OU RETRAIT DE PARTICIPATION PAR LE CHERCHEUR**

Les chercheurs pourraient devoir vous retirer du projet de recherche si vous ne vous conformez pas aux directives de l'étude (par exemple, ne pas pouvoir remplir le questionnaire) ou si les chercheurs jugent que c'est préférable pour votre santé et votre mieux-être.

## **J. MOYEN D'IDENTIFICATION/ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL OU AUTRES**

Vous avez été identifié par la gestionnaire du Centre de santé communautaire du Grand Sudbury étant donné votre participation au programme Peer4Men.

## **K. COMPENSATIONS FINANCIÈRES**

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à cette recherche.

## **L. PLAN DE DIFFUSION DE L'INFORMATION**

Les données recueillies seront utilisées à des fins de communication scientifique et professionnelle.

## **M. CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT**

Les données recueillies resteront confidentielles. Les données personnelles seront conservées sous clé, dans un classeur. Il n'y a que les personnes responsables du projet qui auront accès aux données. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par les chercheurs responsables du projet. Les données seront conservées pour un maximum de cinq ans après les dernières mesures, après quoi elles seront détruites.

## N. PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question ou demande d'information sur le projet, je peux communiquer avec l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- Chercheurs principaux : Dre Jalila Jbilou : (506) 858-4931; Dr. Alain Gauthier (705) 675-1151 (poste 1071)

**Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à la recherche ou si vous souhaitez discuter de l'étude avec quelqu'un qui n'est pas relié à l'étude, vous pouvez communiquer avec :**

**Administrateur déontologique, Bureau de la Recherche de l'Université  
Laurentienne, téléphone : 705-675-1151 poste 2436 ou 1-800-461-4030 ou  
par courriel éthique@laurentian.ca.**

## DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Je déclare avoir eu suffisamment d'explications sur la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai lu et compris les termes du présent formulaire de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. Je reconnais avoir été informé de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu de façon satisfaisante.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Veillez me faire parvenir les résultats de cette étude:

☐ Adresse électronique: \_\_\_\_\_

☐ Adresse courrier: \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU  
CONSENTEMENT**

Je soussigné \_\_\_\_\_ certifie avoir expliqué au participant intéressé les conditions du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard, lui avoir clairement indiqué qu'il reste, en tout temps, libre de mettre fin à sa participation au projet décrit ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable de l'obtention du consentement

\_\_\_\_\_  
Date

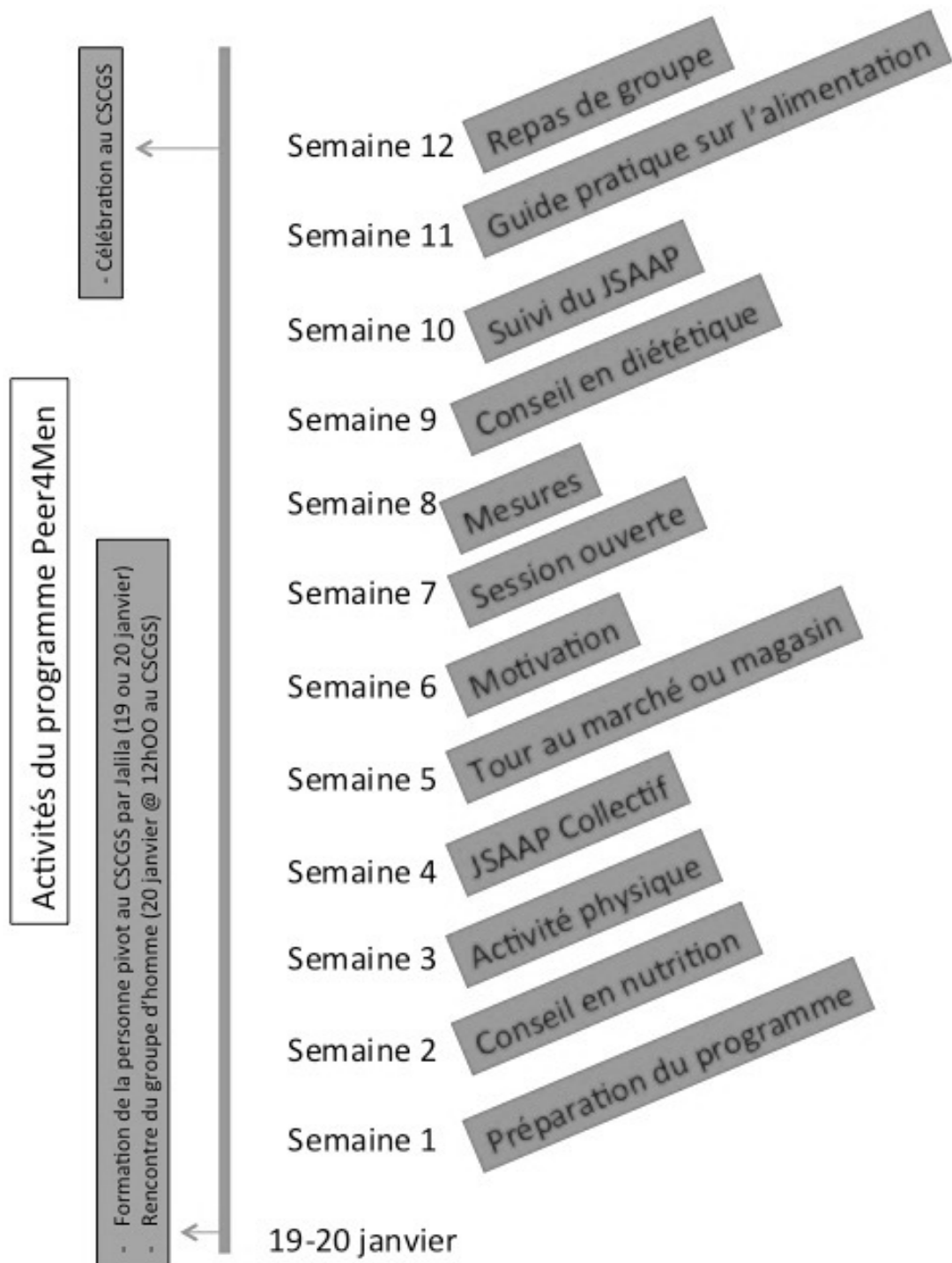
Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

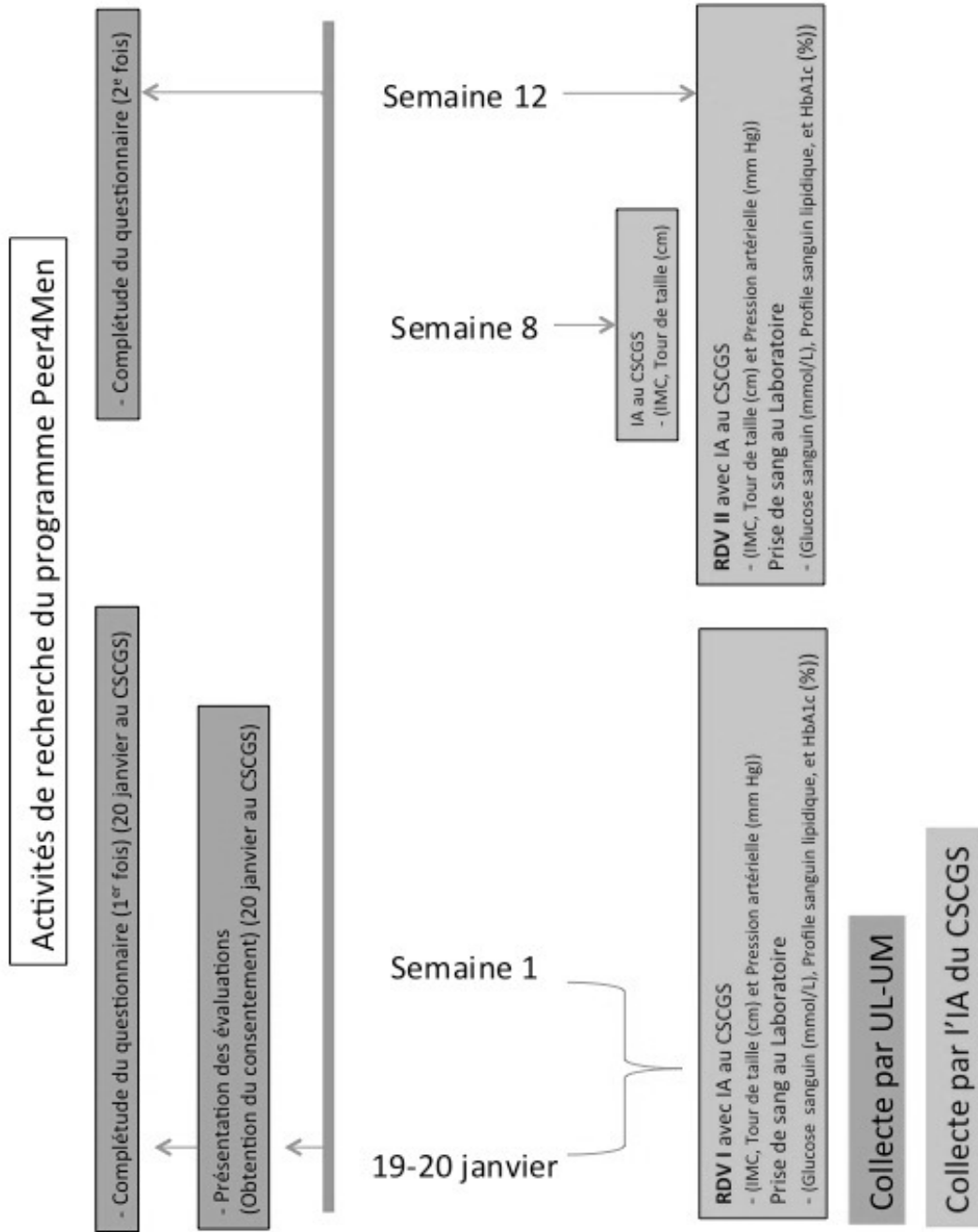
\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

## ANNEXE G : Ligne de temps du programme *PeerForm* ©







## ANNEXE H : Fiche d'information; Branche qualitative



**Laurentian University**  
**Université Laurentienne**



**CENTRE DE FORMATION MÉDICALE  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK**



### **Évaluation d'un modèle intégré pour le contrôle et la gestion du poids pour les hommes francophones du Grand Sudbury âgés entre 25 et 54 ans Phase II**

Nous vous proposons de participer à une deuxième phase de ce projet étant donnée votre participation au programme Peer4Men offert par le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury.

Votre participation exigera que vous participiez à un groupe de discussion d'une durée de 60-90 minutes. Le pair informateur et la personne pivot du milieu de travail seront invités à participer à une entrevue individuelle supplémentaire d'une durée de 30-60 minutes. Toutes les entrevues seront enregistrées.

Votre participation à cette deuxième phase du projet de recherche est des plus importantes. En effet, elle permettra au Centre de santé communautaire du Grand Sudbury de mieux comprendre les effets du programme Peer4Men, de votre point de vue, et y apporter des ajustements, si nécessaire. Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que vous restez, en tout temps, libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni subir de préjudices de quelque nature que ce soit. Si en aucun temps, vous vous sentez mal à l'aise, vous pouvez demander une pause ou vous retirer de l'étude. Si vous ressentez un besoin de discuter avec un professionnel de la santé (e.g., travailleuse sociale), vous pouvez accéder aux services du Centre de santé Communautaire du Grand Sudbury; en composant le 705-670-2274.

Vous avez été identifié par la gestionnaire du Centre de santé communautaire du Grand Sudbury étant donné votre participation au programme Peer4Men. Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à cette recherche. Les données recueillies resteront confidentielles. Les données personnelles seront conservées sous clé, dans un classeur. Il n'y a que les personnes responsables du projet qui auront accès aux données. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par la chercheuse responsable du projet. Les données seront conservées pour un maximum de cinq ans après les dernières mesures de la Phase 1 (c'est-à-dire 7 ans après le début de votre participation). , après quoi elles seront détruites.

## **PERSONNES À CONTACTER**

Pour toute question ou demande d'information sur le projet, je peux communiquer avec l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- Chercheurs principaux : Dre Jalila Jbilou : (506) 858-4931; Dr. Alain Gauthier (705) 675-1151 (poste 1071)

**Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à la recherche ou si vous souhaitez discuter de l'étude avec quelqu'un qui n'est pas relié à l'étude, vous pouvez communiquer avec :**

**Administrateur déontologique, Bureau de la Recherche de l'Université  
Laurentienne, téléphone : 705-675-1151 poste 2436 ou 1-800-461-4030 ou  
par courriel éthique@laurentian.ca.**

## ANNEXE I : Formulaire de consentement; Branche qualitative



**Laurentian University**  
**Université Laurentienne**



**CENTRE DE FORMATION MÉDICALE  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK**



Évaluation d'un modèle intégré pour le contrôle et la gestion du poids pour les hommes francophones du Grand Sudbury âgés entre 25 et 54 ans **Phase II**

### ÉQUIPE DU PROJET ET PROMOTEUR

#### **Chercheure principale (Personne contact)**

Jalila Jbilou

Unité de médecine familiale de Dieppe/Centre de formation médicale du NB

(506) 858-4931

jalila.jbilou@umoncton.ca

Alain P. Gauthier

Professeur adjoint, Université Laurentienne, Ontario

(705) 675-1151 (poste 1071)

agauthier@laurentienne.ca

### **Sites**

Centre de santé communautaire du Grand Sudbury

### **DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ**

La chercheure principale est responsable du déroulement du présent projet et s'engage à respecter les engagements qui y sont énoncés.

Signature de la chercheure responsable du projet : \_\_\_\_\_

### **A. INTRODUCTION**

Nous vous proposons de participer à une deuxième phase de recherche qui s'adresse à mieux comprendre votre expérience de participation au programme Peer4Men offert par le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury et comment l'adoption de ce dernier peut être amélioré.

### **B. OBJECTIF DU PROJET DE RECHERCHE**

L'équipe de la Dre. Jbilou à l'Université de Moncton a développé un algorithme clinique avec modèle interventionnel de 12 semaines (*Peer4Men*©) sensible au besoin de la population masculine. Nous avons récemment mené une étude des conditions pré-implantation de cet algorithme clinique et modèle interventionnel parmi les hommes francophones âgés entre de 25 et 54 ans au *Centre de santé communautaire du Grand*

*Sudbury (CSCGS)*. Cette étude préliminaire nous a permis de préparé le terrain pour l'appropriation et l'adoption du modèle interventionnel au *CSCGS*. L'objectif primaire de ce projet est d'évaluer l'adoption comme modèle de service pour leur clientèle masculine. Étant donnée votre participation au Programme Peer4Men, nous aimerions discuter avec vous de votre expérience.

### **C. NATURE DE MA PARTICIPATION**

Votre participation pour cette deuxième phase exigera que vous participer à un groupe de discussion enregistré d'une durée de 60-90 minutes à la complétude du programme. Si vous êtes le pair informateur ou la personne pivot du milieu de travail, nous vous invitons à participer à une entrevue individuelle supplémentaire d'une durée de 30-60 minutes.

### **D. AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION**

Votre participation à ce projet de recherche est des plus importantes. En effet, elle permettra au Centre de santé communautaire du Grand Sudbury de mieux comprendre les effets du programme Peer4Men et y en apporter des ajustements, si nécessaire.

### **E. INCONVÉNIENTS ET RISQUES POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION**

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre le questionnaire à un autre moment qui vous conviendra. Si en aucun temps, vous vous sentez mal à l'aise, vous pouvez vous retirer de l'étude. Si vous ressentez un besoin de discuter avec un professionnel de la santé (e.g., travailleuse sociale), vous pouvez accéder les services du Centre de santé Communautaire du Grand Sudbury en composant le 705-670-2274.

### **F. ALTERNATIVES À LA PARTICIPATION**

Vous pouvez ne pas participer à cette phase de l'évaluation du programme Peer4Men.

### **G. INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par la suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez les chercheurs ou les institutions en cause de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### **H. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que vous restez, en tout temps, libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni subir de préjudices de quelque nature que ce soit.

### **I. ARRÊT DU PROJET OU RETRAIT DE PARTICIPATION PAR LE**

## **CHERCHEUR**

Les chercheurs pourraient devoir vous retirer du projet de recherche si vous ne vous conformez pas aux directives de l'étude (par exemple, ne pas pouvoir participer au groupe de discussion) ou si les chercheurs jugent que c'est préférable pour votre santé et votre mieux-être.

## **J. MOYEN D'IDENTIFICATION/ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL OU AUTRES**

Vous avez été identifié par la gestionnaire du Centre de santé communautaire du Grand Sudbury étant donné votre participation au programme Peer4Men.

## **K. COMPENSATIONS FINANCIÈRES**

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à cette recherche.

## **L. PLAN DE DIFFUSION DE L'INFORMATION**

Les données recueillies seront utilisées à des fins de communication scientifique et professionnelle.

## **M. CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT**

Les données recueillies resteront confidentielles. Les données personnelles seront conservées sous clé, dans un classeur. Il n'y a que les personnes responsables du projet qui auront accès aux données. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par les chercheurs responsables du projet. Les données seront conservées pour un maximum de cinq ans après les dernières mesures de la Phase 1 (c'est-à-dire 7 ans après le début de votre participation).

## **N. PERSONNES À CONTACTER**

Pour toute question ou demande d'information sur le projet, je peux communiquer avec l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- Chercheurs principaux : Dre Jalila Jbilou : (506) 858-4931; Dr. Alain Gauthier (705) 675-1151 (poste 1071)

**Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à la recherche ou si vous souhaitez discuter de l'étude avec quelqu'un qui n'est pas relié à l'étude, vous pouvez communiquer avec :**

**Administrateur déontologique, Bureau de la Recherche de l'Université Laurentienne, téléphone : 705-675-1151 poste 2436 ou 1-800-461-4030 ou par courriel éthique@laurentian.ca.**

## DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Je déclare avoir eu suffisamment d'explications sur la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai lu et compris les termes du présent formulaire de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. Je reconnais avoir été informé de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu de façon satisfaisante.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant  
Date  
Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin  
Date  
Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Veillez me faire parvenir les résultats de cette étude:

- ☐ Adresse électronique: \_\_\_\_\_
- ☐ Adresse courrier: \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Je soussigné \_\_\_\_\_ certifie avoir expliqué au participant intéressé les conditions du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard, lui avoir clairement indiqué qu'il reste, en tout temps, libre de mettre fin à sa participation au projet décrit ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable de l'obtention du consentement  
Date  
Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin  
Date  
Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

**Automne** | 2015

# Dictionnaire de variables

Projet PairForm © - Sudbury

## Table des matières

### Mesures biologiques

Glycémie .....	1
HBA1C .....	2
Triglycérides .....	3
Cholestérol total .....	4
LDL .....	5
HDL .....	6

### Mesures anthropométriques

Poids corporel .....	7
Taille .....	8
Indice de masse corporelle (IMC) .....	9
Circonférence de la taille .....	10
Tension artérielle .....	11
Âge .....	12
Présences .....	13

### Questions

Q1_X_endroit .....	15
Q2_X_conseil .....	16
Q3_X_mal .....	17
Q4_X_santé_globale .....	18
Q5_X_fume .....	19
Q6_X_dim_poids .....	20
Q7_X_surveiller .....	22
Q8_X_eff_stress .....	24
Q9_X_depression .....	26
Q10_X_stress_travail .....	28
Q10_X_stress_personnel .....	28
Q11_X_gérer_stress .....	29
Q12A_X_soupe .....	30
Q12B_X_2_soupes .....	30
Q13_X .....	32
Q14_X_boire_alc .....	33
Q15_X_consom_alc_jour .....	34
Q15_X_consom_alc_semaine .....	34
Q16_X_restaurant .....	35
Q17_X_horaire_alim .....	36
Q18_X_portions_fruits .....	40
Q18_X_portions_legumes .....	40
Q19_X_manger_sainement .....	41
Q20_X_temps_exerc .....	42
Q21_X_exerc_benef .....	43
Q22_X_Godin_a .....	44
Q23_X_Godin_b .....	45
Q24_X_contribue_phys .....	46
Q25_X_raisons_moins_actif .....	47

Bibliographie .....	48
---------------------	----



## Légende

Q-Original : Une question retrouvée dans le questionnaire Peer4Men © original

Q-Sudbury : Une nouvelle question utilisée pour le questionnaire à Sudbury

◻ Une question portant sur les connaissances en matière de la santé

◻ Une question portant sur les comportements en matière de la santé

VAR : Variable

**Note** : Chaque variable prend la forme générale (ex. VAR Q22\_X\_Godin\_a); mais dans la base de données, on remplace le « X » par le temps de la prise de mesure où « pré » est la mesure pré-intervention, « post » est la mesure post-intervention, « 12 » est la mesure du suivi de 12 mois, et « 24 » est la mesure du suivi de 24 mois (ex. : Q22\_pre\_Godin\_a; Q22\_post\_Godin\_a; Q22\_12\_Godin\_a; Q22\_24\_Godin\_a). Pour les mesures physiologiques et anthropométriques « T1 » et « T3 » sont utilisés pour représenter pré et post intervention respectivement.

Deux exceptions à ce format se retrouvent aux variables « présence\_sem\_ » où la semaine du programme est indiqué à la fin de celle-ci (ex. : présence\_sem\_4 est la présence des participant à la 4<sup>e</sup> semaine de l'intervention) et à la variable « age » où l'âge fournit est l'âge des participants au mois de juin 2015.

## Mesure biologique

### Glycémie

#### Description

- Taux de glucose dans le sang.
- Le test représente la glycémie au temps du test. (Kee, 2014)
- Normes « santé » : 3,9 mmol/L – 6,1 mmol/L (Kee, 2014)

#### Critères d'inclusions

- Mesure fournie par un laboratoire

#### Critères d'exclusions

- Aucune mesure fournie

#### Variable

- VAR Gly\_X : Glycémie

#### Variable dérivée

- VAR Gly\_X\_Cat : Catégories de glycémie (Kee, 2014)
  - 1 = Valeur « santé » (3,9 mmol/L – 6,1 mmol/L)
  - 2 = Valeur supérieure à la valeur « santé » (> 6,1 mmol/L)
  - 9 = Donnée manquante

## Mesure biologique

### HBA1C

#### Description

- Type d'hémoglobine.
- Le test est un indicateur de la glycémie moyenne pendant 1-3 mois.
- Meilleur indicateur du diabète de type II que le test de glycémie. (Kee, 2014)
- Normes « santé » : 5,5 % — 9 % d'hémoglobine totale (Kee, 2014)

#### Critères d'inclusions

- Mesure fournie par un laboratoire

#### Critères d'exclusions

- Aucune mesure fournie

#### Variable

- VAR HBA1C\_X : HBA1c

#### Variable dérivée

- VAR HBA1C\_X\_Cat : Catégories de HBA1C (Kee, 2014)
  - 0 = Valeur inférieure à la valeur « santé » (< 5,5 % d'hémoglobine totale)
  - 1 = Valeur « santé » (5,5 % — 9 % d'hémoglobine totale)
  - 2 = Valeur supérieure à la valeur « santé » (> 9 % d'hémoglobine totale)
  - 9 = Donnée manquante

## Mesure biologique

### Triglycérides

#### Description

- Lipides sanguins formés par estérification de trois acides gras et du glycérol.
- Le test représente le taux de lipides dans le sang. (Kee, 2014)
- Normes « santé » :
  - 50 ans et plus 0,44 mmol/L – 2,09 mmol/L (Kee, 2014)

#### Critères d'inclusions

- Mesure fournie par un laboratoire

#### Critères d'exclusions

- Aucune mesure fournie

#### Variable

- VAR TGR\_X : Triglycérides

#### Variable dérivée

- VAR TGR\_X\_Cat : Catégories de triglycérides (Kee, 2014)
  - 1 = Valeur « santé » 50 ans et plus : 0,44 mmol/L – 2,09 mmol/L
  - 2 = Valeur supérieure à la valeur « santé » 50 ans et plus : > 2,09 mmol/L)
  - 9 = Donnée manquante

## Mesure biologique

### Cholestérol total

#### Description

- Lipide sanguin synthétisé dans le foie.
- Le test est utilisé comme indicateur d'athérosclérose et la coronaropathie (Kee, 2014).
- Normes « santé » :  $< 5,17$  mmol/L (Kee, 2014)

#### Critères d'inclusions

- Mesure fournie par un laboratoire

#### Critères d'exclusions

- Aucune mesure fournie

#### Variable

- VAR CE\_Tot\_X : Cholestérol total

#### Variable dérivée

- VAR CE\_Tot\_X\_Cat : Catégories de cholestérol total (Kee, 2014)
  - 1 = Valeur « santé » :  $< 5,17$  mmol/L
  - 2 = Risque à la santé modéré :  $5,17 - 6,21$  mmol/L
  - 3 = Risque à la santé élevé :  $> 6,21$  mmol/L
  - 9 = Donnée manquante

## Mesure biologique

### LDL

#### Description

- Lipoprotéine de faible densité
- Plus grand contribuant d'athérosclérose et la coronaropathie. (Kee, 2014)
- Valeur « santé » : 2,59 mmol/L (Kee, 2014)

#### Critères d'inclusions

- Mesure fournie par un laboratoire

#### Critères d'exclusions

- Aucune mesure fournie

#### Variable

- VAR LDL\_X : LDL

#### Variable dérivée

- VAR LDL\_X\_Cat : Catégories de LDL (Kee, 2014)
  - 1 = Faible risque pour la coronaropathie :  $< 3,36$  mmol/L
  - 2 = Risque modéré pour la coronaropathie :  $3,36 < \text{LDL} < 4,14$  mmol/L
  - 3 = Risque élevé pour la coronaropathie :  $> 4,14$  mmol/L
  - 9 = Donnée manquante

## Mesure biologique

### HDL

#### Description

- Lipoprotéine de haute densité
- Composé de 50 % de protéines
- Aide à réduire les dépôts de plaque dans les vaisseaux sanguins (Kee, 2014)
- Valeur « santé » :  $> 1,55$  mmol/L (Kee, 2014)

#### Critères d'inclusions

- Mesure fournie par un laboratoire

#### Critères d'exclusions

- Aucune mesure fournie

#### Variable

- VAR HDL\_X : HDL

#### Variable dérivée

- VAR HDL\_X\_Cat : Catégories de HDL (Kee, 2014)
  - 1 = Très faible risque à la coronaropathie :  $> 1,55$  mmol/L
  - 2 = Faible risque :  $1,19 - 1,55$  mmol/L
  - 3 = Risque modéré :  $0,91 - 1,19$  mmol/L
  - 4 = Risque élevé :  $< 0,91$  mmol/L
  - 9 = Donnée manquante

## **Mesure anthropométrique**

### **Poids corporel**

#### **Description**

- « Somme des poids des divers éléments de l'organisme : masse grasse, ou tissu adipeux, masse maigre (tissu conjonctif, muscles), squelette et eau. » (Larousse, 2008b)

#### **Critères d'inclusions**

- Mesure fournie ou approuvée par l'infirmière autorisée du CSCGS

#### **Critères d'exclusions**

- Aucune mesure fournie

#### **Calcul**

- La valeur est fournie en livres. La valeur est alors divisée par 2,20462 pour avoir une valeur en kilogrammes.

#### **Variable**

- VAR Poids\_X : Poids (kg)



## **Mesure anthropométrique**

### Taille

#### Description

- « Dimension en hauteur du corps humain » (Larousse, 2008a)

#### Critères d'inclusions

- Mesure fournie par l'infirmière autorisée

#### Critères d'exclusions

- Aucune mesure fournie

#### Calcul

- La taille est fournie en centimètres. La valeur est alors divisée par 100 pour avoir une valeur en mètres.

#### Variable

- VAR Taille\_X : Taille (cm)

## Mesure anthropométrique

### Indice de masse corporelle (IMC)

#### Description

- Variable dérivée des variables *poids* et *taille*
- L'IMC est un index simple pour le poids selon la taille qui est couramment utilisé pour la classification des adultes selon les catégories : sous poids, poids normal, surpoids ou obésité. (Organisation mondiale de la santé[OMS], 2015)
- Unité de mesure :  $\text{kg/m}^2$

#### Critères d'inclusions

- Mesure fournie pour la taille et le poids par l'infirmière autorisée.

#### Critères d'exclusions

- Aucune mesure fournie pour le poids et/ou la taille

#### Calcul

- $$\text{IMC} = \frac{\text{poids(kg)}}{\text{taille (m)}^2}$$

#### Variable

- VAR IMC\_X : IMC

#### Variable dérivée

- VAR IMC\_X\_Cat : Catégories d'IMC (OMS, 2015)
  - 1 = IMC « santé » ( $18,5 \leq \text{IMC} < 25$ )
  - 2 = Embonpoint ( $25 \leq \text{IMC} < 30$ )
  - 3 = Obésité ( $\text{IMC} \geq 30$ )
  - 9 = Donnée manquante

## Mesure anthropométrique

### Circonférence de la taille

#### Description

- La circonférence de la taille (CT) est un indicateur de risque à la santé associé à l'excès de graisse autour de la taille. Un tour de taille égal ou supérieur à 102 cm pour les hommes est associé à des problèmes de santé (Association canadienne du diabète, 2013).
- Normes « santé » : ( $\leq 102$ cm) (Association canadienne du diabète, 2013)

#### Critères d'inclusions

- Mesure fournie par l'infirmière autorisée

#### Critères d'exclusions

- Aucune mesure fournie

#### Variable

- VAR Tour\_taille\_X : Tour de taille

#### Variable dérivée

- VAR Tour\_taille\_X\_Cat : Catégories de tour de taille (Association canadienne du diabète, 2013)
  - 1 = Valeur « santé » ( $\leq 102$ )
  - 2 = Valeur représentant un risque à la santé ( $>102$  cm)
  - 9 = Donnée manquante

## Mesure anthropométrique

### Tension artérielle

#### Description

- La tension artérielle est la force que le sang exerce sur les parois des artères (Marieb et Hoehn, 2010).
- Normes « santé » : (systolique < 120 mmHg, diastolique < 80 mmHg) (MAYO Clinic, 2015)

#### Critères d'inclusions

- Mesures fournies par l'infirmière autorisée

#### Critères d'exclusions

- Aucune mesure fournie

#### Calculs

- Deux mesures sont prises pour chaque participant pré et post intervention. La moyenne systolique et la moyenne diastolique sont rapportées.

#### Variable

- VAR TA\_sys\_X : Tension artérielle systolique
- VAR TA\_dia\_X : Tension artérielle diastolique

#### Variables dérivées

- VAR TA\_sys\_X\_Cat : Catégories de tension artérielle systolique (MAYO Clinic, 2015)
  - 1 = Valeur « santé » : < 120 mmHg
  - 2 = Pré hypertension :  $120 \text{ mmHg} \leq \text{TA} < 140 \text{ mmHg}$
  - 3 = Hypertension :  $\geq 140 \text{ mmHg}$
  - 9 = Donnée manquante
- VAR TA\_dia\_X\_Cat : Catégories de tension artérielle diastolique (MAYO Clinic, 2015)
  - 1 = Valeur « santé » : < 80 mmHg
  - 2 = Pré hypertension :  $80 \text{ mmHg} \leq \text{TA} < 90 \text{ mmHg}$
  - 3 = Hypertension :  $\geq 90 \text{ mmHg}$
  - 9 = Donnée manquante

## Âge

### Description

- L'âge du participant

### Critères d'inclusions

- Donnée fournie par chacun des participants

### Critères d'exclusions

- Aucune donnée fournie

### Variable

- VAR Age

## Présences

### Description

- La présence des participant pendant les 12 sessions de l'intervention PairForm©.
- La présence est prise par le pair facilitateur à chaque session sur une feuille de présence.

### Critères d'inclusions

- Les noms de tous les participants sont inscrits sur la feuille de présence.
- La présence est prise pour chacun des participants pour chaque session.
- Si la présence n'est pas prise pour la dernière journée, les participants ayant fournies des mesures anthropométriques sont considérés comme présent.

### Critères D'exclusions

- La présence n'est pas prise pour un certain participant à plusieurs sessions.
- Aucune feuille de présence n'est fournie.

### Variables

- VAR présences\_sem\_1 : présence à la semaine 1  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante
- VAR présences\_sem\_2 : présence à la semaine 2  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante
- VAR présences\_sem\_3 : présence à la semaine 3  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante
- VAR présences\_sem\_4 : présence à la semaine 4  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante
- VAR présences\_sem\_5 : présence à la semaine 5  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante
- VAR présences\_sem\_6 : présence à la semaine 6  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante
- VAR présences\_sem\_7 : présence à la semaine 7  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante

- VAR présences\_sem\_8 : présence à la semaine 8  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante
- VAR présences\_sem\_9 : présence à la semaine 9  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante
- VAR présences\_sem\_10 : présence à la semaine 10  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante
- VAR présences\_sem\_11 : présence à la semaine 11  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante
- VAR présences\_sem\_12 : présence à la semaine 12  
0 = Absent  
1 = Présent  
9 = Donnée manquante

#### Variable dérivée

- VAR présences\_Cat : Nombre de sessions assistées

**Question**

Q-original

Q1\_X\_endroit

Dans quel type d'endroit allez-vous habituellement pour vos soins médicaux généraux?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une ou plusieurs réponses

Critères d'exclusion

- Aucune réponse sélectionnée

Variable

- VAR Q1\_X\_endroit :
  - 1 = Aucun endroit en particulier
  - 2 = Clinique ou bureau de médecin
  - 3 = Centre de santé communautaire
  - 4 = Salle d'urgence d'un hôpital
  - 5 = (2 ET 3) Clinique ou bureau de médecin ET Centre de santé communautaire
  - 6 = (2 ET 4) Clinique ou bureau de médecin ET Salle d'urgence d'un hôpital
  - 7 = (3 ET 4) Centre de santé communautaire ET Salle d'urgence d'un hôpital
  - 8 = (2 ET 3 ET 4) Clinique ou bureau de médecin ET Centre de santé communautaire ET Salle d'urgence d'un hôpital
  - 9 = Donnée manquante



### **Question**

Q-original

Q2\_X\_conseil

Est-ce que durant votre dernière visite chez votre médecin, il vous a conseillé quelque chose (diète ou exercice) pour diminuer votre poids?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une seule réponse

Critères d'exclusion

- Sélection de plusieurs réponses
- Aucune réponse sélectionnée

Variable

- VAR Q2\_X\_conseil :  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante

## Question

Q-original

Q3\_X\_mal\_

Souffrez-vous d'une maladie chronique diagnostiquée depuis plus de 6 mois? Si oui, est-elle en traitement?

Critères de réponses valides

- Sélection de la maladie et indication de traitement
- Sélection d'indice de traitement (ex. : si le participant indique que son diabète est sous traitement, mais oublie de sélectionner « diabète », il est noté qu'il souffre du diabète et que son diabète est sous traitement.)

Critères d'exclusion

- Sélection d'une maladie sans préciser s'il est en traitement ou pas

Variables

- VAR Q3\_X\_mal\_diabete : Diabète  
0 = Non  
1 = Oui, sous traitement  
2 = Oui, sans traitement  
9 = Donnée manquante
- VAR Q3\_X\_mal\_press : Haute pression  
0 = Non  
1 = Oui, sous traitement  
2 = Oui, sans traitement  
9 = Donnée manquante
- VAR Q3\_X\_mal\_coeur : Maladie du cœur  
0 = Non  
1 = Oui, sous traitement  
2 = Oui, sans traitement  
9 = Donnée manquante
- VAR Q3\_X\_mal\_autre : Autre (précisez)  
0 = Non  
1 = Oui, sous traitement  
2 = Oui, sans traitement  
9 = Donnée manquante

**Question**  
**Q-Sudbury**

Q4\_X\_santé\_globale

En général, comment décrivez-vous votre santé?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une seule réponse

Critères d'exclusion

- Aucune réponse sélectionnée
- Sélection de plusieurs réponses

Variable

- VAR Q4\_X\_santé\_globale :
  - 1 = Très mauvaise
  - 2 = Mauvaise
  - 3 = Indifférente
  - 4 = Bonne
  - 5 = Très Bonne
  - 9 = Donnée manquante

**Question**

Q-original

Q5\_X\_fume

Fumez-vous?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une seule réponse

Critères d'exclusion

- Sélection de plusieurs réponses
- Aucune réponse sélectionnée

Variable

- VAR Q5\_X\_fume :  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante

## **Question**

### **Q-original**

Q6\_X\_dim\_poids

Au cours des derniers 30 jours, avez-vous fait quelque chose pour diminuer votre poids?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une ou plusieurs réponses
- Pour la réponse « autre », si le participant a fourni une précision, mais n'a pas coché « autres », il est noté que le participant a sélectionné « autre ».

Critères d'exclusion

- Aucune réponse sélectionnée

Variables

- VAR Q6\_X\_dim\_poids\_a\_rien : Rien  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q6\_X\_dim\_poids\_b\_marche : Marche à pied  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q6\_X\_dim\_poids\_c\_course : Course  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q6\_X\_dim\_poids\_d\_velo : Vélo  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q6\_X\_dim\_poids\_e\_diete : Diète  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q6\_X\_dim\_poids\_f\_red\_sucres : Réduis ma consommation de sucre  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q6\_X\_dim\_poids\_g\_reduit\_gras : Réduis ma consommation de gras  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante

- VAR Q6\_X\_dim\_poids\_h\_consult : Consulté un conseiller en santé  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q6\_X\_dim\_poids\_i\_autre : Autre : SVP précisez  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante

#### Variable dérivée

- VAR Q6\_X\_dim\_poids\_Cat : Catégories de réponses  
0 = Rien  
1 = A fait de l'exercice  
2 = A amélioré son alimentation  
3 = A fait de l'exercice et a amélioré son alimentation  
9 = Donnée manquante

**Question**  
**Q-original**

Q7\_X\_surveiller

D'après vous, que doit surveiller régulièrement un homme âgé entre 25 et 50 ans?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une ou plusieurs réponses
- Pour la réponse « autre », si le participant a fourni une précision, mais n'a pas coché « autres », il est noté que le participant a sélectionné « autre ».

Critères d'exclusion

- Aucune réponse sélectionnée

Variables

- VAR Q7\_X\_surveiller\_a\_vacc : Vaccins  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q7\_X\_surveiller\_b\_poids : Poids  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q7\_X\_surveiller\_c\_press : Pression dans le sang  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q7\_X\_surveiller\_d\_sucres : Sucre dans le sang  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q7\_X\_surveiller\_e\_gras : Gras dans le sang  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q7\_X\_surveiller\_f\_autre : Autres, SVP précisez  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante

Variable dérivée

- VAR Q7\_X\_surveiller\_Cat : Catégories de réponses (National Institute of Health, 2015)
  - 0 = Aucune bonne réponse
  - 1 = Une bonne réponse
  - 2 = Deux bonnes réponses
  - 3 = Trois bonnes réponses
  - 4 = Quatre bonnes réponses
  - 5 = Toutes les bonnes réponses (bonne réponse)
  - 9 = Donnée manquante



**Question**  
**Q-original**

Q8\_X\_eff\_stress

D'après vous, quels sont les effets du stress?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une ou plusieurs réponses

Critères d'exclusion

- Sélection de la dernière réponse et une ou plusieurs autres réponses
- Aucune réponse sélectionnée

Variables

- VAR Q8\_X\_eff\_stress\_a\_aug\_poids : Augmentation du poids  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q8\_X\_eff\_stress\_b\_aug\_press : Augmentation de la pression dans le sang  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q8\_X\_eff\_stress\_c\_produc : Amélioration de la productivité au travail  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q8\_X\_eff\_stress\_d\_troub\_erec : Troubles de l'érection  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q8\_X\_eff\_stress\_e\_troub\_som : Troubles du sommeil  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q8\_X\_eff\_stress\_f\_dep : Dépression  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q8\_X\_eff\_stress\_g\_aucun : Aucun de ces points, les hommes ne sont pas sensibles au stress  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante

Variable dérivée

- VAR Q8\_X\_eff\_stress\_Cat : Catégories de réponses (ce sont tous des effets du stress (augmentation du poids (Kivimäki *et al.*, 2006), augmentation de la pression dans le sang, amélioration de la productivité au travail, troubles de l'érection, troubles du sommeil et dépression (Selye, 2015)))
  - 0 = Aucune bonne réponse
  - 1 = Une bonne réponse
  - 2 = Deux bonnes réponses
  - 3 = Trois bonnes réponses
  - 4 = Quatre bonnes réponses
  - 5 = Cinq bonnes réponses
  - 6 = Toutes les bonnes réponses
  - 9 = Donnée manquante

## Question

Q-original

Q9\_X\_depression

D'après vous comment peut-on savoir si un homme fait une dépression?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une ou plusieurs réponses

Critères d'exclusion

- Sélection des deux dernières réponses
- Sélection de la réponse « aucun de ces points » et une autre réponse
- Aucune réponse sélectionnée

Variables

VAR Q9\_X\_depression\_a\_irrit : Il devient rapidement irritable et en colère

0= Non

1= Oui

9= Donnée manquante

- VAR Q9\_X\_depression\_b\_abus : Il a des comportements abusifs (alcool, drogue, et violence)

0= Non

1= Oui

9= Donnée manquante

- VAR Q9\_X\_depression\_c\_pleure : Il pleure beaucoup

0= Non

1= Oui

9= Donnée manquante

- VAR Q9\_X\_depression\_d\_avent : Il a des aventures ou des rencontres sexuelles extraconjugales

0= Non

1= Oui

9= Donnée manquante

- VAR Q9\_X\_depression\_e\_trav : Il devient trop impliquer au travail

0= Non

1= Oui

9= Donnée manquante

- VAR Q9\_X\_depression\_f\_absente : Il s'absente beaucoup du travail

0= Non

1= Oui

9= Donnée manquante

- VAR Q9\_X\_depression\_g\_aucun : Aucun de ces points

0= Non

1= Oui

9= Donnée manquante

- VAR Q9\_X\_depression\_h\_tous : Tous ces points  
0= Non  
1= Oui  
9= Donnée manquante

#### Variable dérivée

- VAR Q9\_X\_depression\_Cat : Catégories de réponses (bons signes de dépression : il devient rapidement irritable et en colère, il a des comportements abusifs (National Institute of mental health, 2015), il a des aventures ou des rencontres sexuelles extraconjugales (Hastrup, Baker, Kraemer et Bornstein, 1986) (Rottenberg, Gross, Wilhelm, Najmi et Gotlib, 2002), il devient trop impliquer au travail (Brownhill, Wilhelm, Barclay et Schmied, 2005) (Bennett et Bauman, 2000) (Mayo Clinic, 2013) et il s'absente beaucoup du travail (Hensing, Brage, Nygård, Sandanger et Tellnes, 2000))  
0 = Aucune bonne réponse (ou sélection de la réponse « aucun de ces points »)  
1 = Une bonne réponse  
2 = Deux bonnes réponses  
3 = Trois bonnes réponses  
4 = Quatre bonnes réponses  
5 = Cinq bonnes réponses  
9 = Donnée manquante

## **Question**

**Q-Sudbury**

Q10\_X\_stress\_travail

Q10\_X\_stress\_personnel

Sur une échelle de 1 à 10 (1= bas, 10=haut) comment jugez-vous votre stress dans les contextes suivants : travail; personnel

Critères de réponses valides

- Inscription d'un nombre de 1 à 10
- Inscription d'un intervalle (ex. : 3-4). Dans ce cas, la moyenne est prise.

Critères d'exclusion

- Aucune réponse fournie

Variables

- VAR Q10\_X\_stress\_travail : Stress au travail  
11 = Donnée manquante
- VAR Q10\_X\_stress\_personnel : Stress personnel  
11 = Donnée manquante

## **Question**

**Q-Sudbury**

Q11\_X\_gérer\_stress

Que faites-vous pour gérer le stress?

Critères de réponses valides

- Inscription d'activité pour gérer le stress ou indication d'aucune activité

Critères d'exclusion

- Aucune réponse sélectionnée
- Réponse n'ayant aucun lien avec la question (ex : oui ou non)

Variable

- VAR Q11\_X\_gérer\_stress : Ceci est une question ouverte où le participant indique une courte réponse sur 2,5 lignes.

### Question

Q-original

Q12A\_X\_soupe

Q12B\_X\_2\_soupes

Veillez lire l'étiquette suivante apposée sur une soupe et répondre aux deux prochaines questions.

- a) Cette soupe est :
- b) Si je bois deux (2) bols (250mL) de cette soupe, je dois :

Critères de réponses valides

- Sélection d'une ou de plusieurs réponses

Critères d'exclusion

- Aucune réponse sélectionnée
- Pour la question « b », la sélection de la dernière réponse et une autre réponse

Variables

a)

- VAR Q12A\_X\_soupe\_a\_fgras : Faible en gras  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q12A\_X\_soupe\_b\_rsucré : Riche en sucre  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q12A\_X\_soupe\_c\_fsel : Faible en sel  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q12A\_X\_soupe\_d\_rfibres : Riche en fibres  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante

b)

- VAR Q12B\_X\_2\_soupes\_a\_qte\_gras : Faire attention à la quantité de gras que je vais manger après  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q12B\_X\_2\_soupes\_b\_qte\_sucré : Faire attention à la quantité de sucre que je vais manger après  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante

- VAR Q12B\_X\_2\_soupes\_c\_qte\_sel : Faire attention à la quantité de sel que je vais manger après  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q12B\_X\_2\_soupes\_d\_rien : Rien, c'est une soupe « santé »  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante

#### Variables dérivées

- a) VAR Q12A\_X\_soupes\_Cat : Catégories de réponses (Eat Right Ontario, 2015)  
0 = Mauvaise réponse  
1 = Bonne réponse (Faible en gras et en sel)  
9 = Donnée manquante
- b) VAR Q12B\_X\_2\_soupes\_Cat : Catégories de réponses (Eat Right Ontario, 2015)  
0 = Mauvaise réponse  
1 = Bonne réponse (C'est une soupe « santé »)  
9 = Donnée manquante



**Question**  
**Q-original**

Q13\_X\_

Parmi ces aliments, lesquels sont riches et lesquels sont faibles en gras?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une seule réponse par aliment

Critères d'exclusion

- Sélection des deux réponses pour un aliment
- Aucune sélection de réponse pour un aliment (le participant ne fera pas partie de l'analyse de cet aliment seulement)

Variables

- VAR Q13A\_X\_muffins : Muffins du commerce (Collins, 2004)  
1 = Riches en gras (bonne réponse)  
2 = Pauvres en gras  
9 = Donnée manquante
- VAR Q13B\_X\_pâtes : Pâtes, sauce tomate, légumes (National Pasta Association, 2015)  
1 = Riches en gras  
2 = Pauvres en gras (bonne réponse)  
9 = Donnée manquante
- VAR Q13C\_X\_crème : Crème de légume (About Inc., 2015a)  
1 = Riches en gras (bonne réponse)  
2 = Pauvres en gras  
9 = Donnée manquante
- VAR Q13D\_X\_granola : Céréales granolas (About Inc., 2015b)  
1 = Riches en gras (bonne réponse)  
2 = Pauvres en gras  
9 = Donnée manquante
- VAR Q13E\_X\_salade : Salade grecque (tomates, concombres, fêta, olives) (About Inc., 2015c)  
1 = Riches en gras (bonne réponse)  
2 = Pauvres en gras  
9 = Donnée manquante

### Question

#### Q-original

Q14\_X\_boire\_alc

En consultant la figure suivante, d'après vous, combien un homme peut-il boire d'alcool par jour, et quel est le nombre maximal de consommations par semaine pour un homme?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une seule réponse

Critères d'exclusion

- Sélection de plusieurs réponses
- Aucune réponse sélectionnée

Variable

- VAR Q14\_X\_boire\_alc : (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013)
  - 1 = 1 verre par jour et un maximum de 6 verres par semaine
  - 2 = 2 verres par jour et un maximum de 10 verres par semaine
  - 3 = 3 verres par jour et un maximum de 15 verres par semaine
  - 4 = 4 verres par jour et un maximum de 18 verres par semaine
  - 9 = Donnée manquante

## Question

Q-Sudbury

Q15\_X\_consom\_alc\_jour

Q15\_X\_consom\_alc\_semaine

En moyenne, combien de verres d'alcool consommez-vous par jour et par semaine?  
(Indiquer 0 si vous ne consommez pas d'alcool).

- a) Par jour
- b) Par semaine

### Critères de réponses valides

- Le participant inscrit un chiffre inférieur pour la moyenne/jour que le chiffre de la moyenne/semaine
- Si un participant indique « moins que 1 » la réponse est codée comme 1.
- Si un participant met un trait à travers l'espace de réponse, sa réponse est codée comme 0.

### Critères d'exclusion

- Inscription d'un plus grand chiffre pour la moyenne/jour que pour la moyenne/semaine
- Aucune réponse fournie

### Variables

- VAR Q15\_X\_consom\_alc\_jour : Verres d'alcool consommés par jour
- VAR Q15\_X\_consom\_alc\_semaine : Verres d'alcool consommés par semaine

### Variables dérivées

- VAR Q15\_X\_consom\_alc\_jour\_Cat : Catégories de réponses (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013)  
0 = Plus de 3 verres par jour  
1 = 3 verres par jour ou moins (bonne réponse)  
9 = Donnée manquante
- VAR Q15\_X\_consom\_alc\_semaine\_Cat : Catégories de réponses (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013)  
0 = Plus de 15 verres par semaine  
1 = 15 verres par semaine ou moins (bonne réponse)  
9 = Donnée manquante

**Question**

Q-Sudbury

Q16\_X\_restaurant

En moyenne, combien de fois par semaine consommez-vous des aliments préparés hors de la maison (restaurent)?

Critères de réponses valides

- Le participant inscrit un chiffre ou un nombre

Critères d'exclusion

- Aucune réponse fournie

Variable

- VAR Q16\_X\_restaurant : Fréquence hebdomadaire de consommation d'aliments préparés hors de la maison

## Question

### Q-Sudbury

Q17\_X\_horaire\_alim

Pour chaque journée de la semaine, indiquez votre horaire alimentaire.

Choix de réponses

Chaque X dans le tableau suivant indique un choix de réponse

	Déjeuner	Collation	Diner	Collation	Souper	Collation
Lundi	X	X	X	X	X	X
Mardi	X	X	X	X	X	X
Mercredi	X	X	X	X	X	X
Jeudi	X	X	X	X	X	X
Vendredi	X	X	X	X	X	X
Samedi	X	X	X	X	X	X
Dimanche	X	X	X	X	X	X

Critères de réponses valides

- La cellule est cochée ou est laissée vide

Critères d'exclusion

- Un ou plusieurs mots sont insérés dans une cellule
- Toutes les cellules sont laissées vides
- Toutes les cellules d'une journée sont vides

Calcul

- Moyenne de repas par jour pour chaque participant
  - nombre de cellules cochées/nombre de jours

Variables

- Lundi
  - VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_lun\_a\_dejeuner : Déjeuner
    - 0 = Cellule vide
    - 1 = Cellule cochée
  - VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_lun\_b\_coll1 : Collation 1
    - 0 = Cellule vide
    - 1 = Cellule cochée
  - VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_lun\_c\_diner : Diner
    - 0 = Cellule vide
    - 1 = Cellule cochée
  - VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_lun\_d\_coll2 : Collation 2
    - 0 = Cellule vide
    - 1 = Cellule cochée
  - VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_lun\_e\_souper : Souper
    - 0 = Cellule vide
    - 1 = Cellule cochée

- VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_lun\_f\_coll3 : Collation 3  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée
- Mardi
 

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mar\_a\_dejeuner : Déjeuner  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mar\_b\_coll1 : Collation 1  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mar\_c\_diner : Diner  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mar\_d\_coll2 : Collation 2  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mar\_e\_souper : Souper  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mar\_f\_coll3 : Collation 3  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée
  - Mercredi
 

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mer\_a\_dejeuner : Déjeuner  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mer\_b\_coll1 : Collation 1  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mer\_c\_diner : Diner  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mer\_d\_coll2 : Collation 2  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mer\_e\_souper : Souper  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_mer\_f\_coll3 : Collation 3  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée
  - Jeudi
 

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_jeu\_a\_dejeuner : Déjeuner  
 0 = Cellule vide  
 1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_jeu\_b\_coll1 : Collation 1  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_jeu\_c\_diner : Diner  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_jeu\_d\_coll2 : Collation 2  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_jeu\_e\_souper : Souper  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_jeu\_f\_coll3 : Collation 3  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée

- Vendredi
 

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_ven\_a\_dejeuner : Déjeuner  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_ven\_b\_coll1 : Collation 1  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_ven\_c\_diner : Diner  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_ven\_d\_coll2 : Collation 2  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_ven\_e\_souper : Souper  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_ven\_f\_coll3 : Collation 3  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée
- Samedi
 

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_sam\_a\_dejeuner : Déjeuner  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_sam\_b\_coll1 : Collation 1  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_sam\_c\_diner : Diner  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée

VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_sam\_d\_coll2 : Collation 2  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_sam\_e\_souper : Souper  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_sam\_f\_coll3 : Collation 3  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 • Dimanche  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_dim\_a\_dejeuner : Déjeuner  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_dim\_b\_coll1 : Collation 1  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_dim\_c\_diner : Diner  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_dim\_d\_coll2 : Collation 2  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_dim\_e\_souper : Souper  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée  
 VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_dim\_f\_coll3 : Collation 3  
     0 = Cellule vide  
     1 = Cellule cochée

#### Variables dérivées

- VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_déjeuners : Déjeuners par semaine
- VAR Q17\_X\_horaire\_alim\_\_repas : Repas par jour



## **Question**

### **Q-Sudbury**

Q18\_X\_portions\_fruits

Q18\_X\_portions\_legumes

En moyenne, combien de portions de fruits et de légumes consommez-vous par jour?

- a) Fruits
- b) Légumes

Critères de réponses valides

- Le participant inscrit un chiffre

Critères d'exclusion

- Aucune réponse fournie
- Un mot ne représentant pas un nombre exact est inséré sur la ligne de réponse (ex : beaucoup)

Variables

- VAR Q18\_X\_portions\_fruits : Portions quotidiennes de fruits
- VAR Q18\_X\_portions\_legumes : Portions quotidiennes de légumes

Variables dérivées

- VAR Q18\_X\_portions\_Cat : Catégories de réponses (Santé Canada, 2011)
  - 0 = Moins de 7 portions de fruits et légumes
  - 1 = 7 portions ou plus de fruits et légumes (bonne réponse)
  - 9 = Donnée manquante

## **Question**

### **Q-Sudbury**

#### **Q19\_X\_manger\_sainement**

Brièvement, est-ce que vous croyez que vous mangez sainement? Appuyez votre réponse.

#### **Critères de réponses valides**

- « Oui » ou « non » fournie
- Mot, courte réponse, ou phrase répondant à la question.

#### **Critères d'exclusion**

- Aucune réponse fournie
- N'a pas répondu « oui » ou « non » avant de fournir une explication

#### **Variable**

- VAR Q19\_X\_manger\_sainement : Ceci est une réponse ouverte où le participant inscrit sa réponse.

#### **Variable dérivée**

- VAR Q19\_X\_manger\_sainement\_Cat : Catégories de réponses  
0 = Ne mange pas sainement  
1 = Mange sainement  
9 = Donnée manquante

### Question

#### Q-Original

Q20\_X\_temps\_exerc

Pour un homme de votre âge, combien de temps d'exercice doit-il faire par jour pour être en santé?

Critères de réponses valides

- Le participant indique le nombre d'heures et/ou de minutes

Critères d'exclusion

- Un mot ne représentant pas un nombre exact est inséré sur la ou les lignes de réponse (ex : beaucoup)
- Aucun nombre n'est fourni

Variable

- VAR Q20\_X\_temps\_exerc : Ceci est une question où le participant inscrit un chiffre pour représenter les minutes et les heures. Le code numérique dans SPSS correspond au nombre de minutes indiqué par le participant (ex : 1 h et 0 minute = 60 minutes).

Variable dérivée

- VAR Q20\_X\_temps\_exerc\_Cat : Catégories de réponses (OMS, 2015)  
0 = Mauvaise réponse  
1 = 25 minutes d'activité physique par jour ou plus (Bonne réponse)  
9 = Donnée manquante

## Question

### Q-original

Q21\_X\_exerc\_benef

Comment évaluez-vous qu'un exercice physique a été bénéfique?

Critères de réponses valides

- Le participant explique comment il juge qu'un exercice est bénéfique
- Mot, courte réponse ou phrase est inscrit

Critères d'exclusion

- Le participant n'explique pas comment il juge qu'un exercice est bénéfique (ex : très bénéfique)
- Aucune réponse sélectionnée

Variable

- VAR Q21\_X\_exerc\_benef : Ceci est une réponse ouverte où le participant inscrit sa réponse.

Variable dérivée

- VAR Q21\_X\_exerc\_benef\_Cat : Catégories de réponses (Mayo Clinic, 2014)  
0 = Mauvaise réponse (ex. perte de poids)  
1 = Bonne réponse (ex. fréquence cardiaque plus élevée, transpiration, etc.)  
9 = Donnée manquante

Note : Si le participant offre une mauvaise réponse et plusieurs bonnes réponses, la mauvaise réponse emporte et le code est 0.

## Question

### Q-Sudbury

Q22\_X\_Godin\_a

Considérez une période d'une semaine. Combien de fois, en moyenne, vous adonnez-vous aux types d'activités physiques suivantes pendant plus de 15 minutes durant vos temps libres? (Inscrivez le nombre approprié sur chaque ligne.)

- a) Activité physique d'intensité élevée
- b) Activité physique modérée
- c) Activité physique d'intensité faible

Critères de réponses valides

- Le participant inscrit un nombre pour une catégorie d'exercice

Critères d'exclusion

- Le participant inscrit un mot ne représentant pas un nombre exact (ex : beaucoup)
- Aucune réponse sélectionnée pour toutes les catégories d'exercices
- Inscription d'un intervalle (ex : 3-4 : la moyenne est prise)

Calculs (Amireault et Godin, 2015)

- Les réponses de chaque participant doivent subir le calcul suivant pour calculer le taux d'activité hebdomadaire pendant les loisirs:
  - $\text{Taux d'activité hebdomadaire pendant les loisirs} = (9 \cdot \text{élevée}) + (5 \cdot \text{modérée}) + (3 \cdot \text{faible})$
- Les METs pour l'activité d'intensité élevée
  - $(9 \cdot \text{réponse du participant})$
- Les METs pour l'activité d'intensité modérée
  - $(5 \cdot \text{réponse du participant})$
- Les METs pour l'activité d'intensité faibles
  - $(3 \cdot \text{réponse du participant})$

Variable

- VAR Q22\_X\_Godin\_a\_elevee, Q22\_X\_Godin\_a\_moderee et Q22\_X\_Godin\_a\_faible : Ceux-ci sont des réponses ouvertes où le participant inscrit leur réponse en nombre pour chaque catégorie d'exercice. Le code numérique dans SPSS correspond au nombre indiqué par le participant (ex : 3 = 3).

Variables dérivées (Amireault et Godin, 2015)

- VAR Q22\_X\_Godin\_a\_Taux : Taux d'activité hebdomadaire pendant les loisirs
- VAR Q22\_X\_Godin\_a\_METs\_élevée : METs pour l'activité d'intensité élevée
- VAR Q22\_X\_Godin\_a\_METs\_modérée : METs pour l'activité d'intensité modérée
- VAR Q22\_X\_Godin\_a\_METs\_faible : METs pour l'activité d'intensité faible

## Question

Q-Sudbury

Q23\_X\_Godin\_b

Considérez une période d'une semaine. Durant vos temps libres, à quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique régulière suffisamment soutenue pour provoquer une transpiration (le cœur bat rapidement)?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une seule réponse

Critères d'exclusion

- Sélection de plusieurs réponses
- Aucune réponse sélectionnée

Variable

- VAR Q23\_X\_Godin\_b :
  - 1 = Souvent
  - 2 = Parfois
  - 3 = Jamais/rarement
  - 9 = Donnée manquante

## **Question**

### **Q-Sudbury**

Q24\_X\_contribue\_phys

L'activité physique contribue à :

Critères de réponses valides

- Sélection d'une ou de plusieurs réponses

Critères d'exclusion

- Aucune réponse sélectionnée

Variables

- VAR Q24\_X\_contribue\_phys\_a\_reduc\_stress : la réduction du stress  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q24\_X\_contribue\_phys\_b\_prev\_mal\_chron : la prévention de maladies chroniques comme le cancer, le diabète de type 2 et les maladies du cœur  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q24\_X\_contribue\_phys\_c\_amel\_endur : l'amélioration de l'endurance et de la force musculaire  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q24\_X\_contribue\_phys\_d\_dimin\_fatigue : la diminution de la fatigue  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q24\_X\_contribue\_phys\_e\_prev\_decl\_cogn : la prévention du déclin cognitif  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante

Variable dérivée

- VAR Q24\_X\_contribue\_phys\_Cat : Catégories de réponses (l'activité physique contribue à tous les facteurs) (Agence de la santé publique du Canada, 2011 ; Institut de cardiologie de Montréal, 2014).  
1 = Une bonne réponse  
2 = Deux bonnes réponses  
3 = Trois bonnes réponses  
4 = Quatre bonnes réponses  
5 = Toutes les bonnes réponses  
9 = Donnée manquante

## Question

### Q-Sudbury

Q25\_X\_raisons\_moins\_actif

Quelles sont les raisons pour lesquels vous ne faites pas plus d'exercice?

Critères de réponses valides

- Sélection d'une ou plusieurs réponses

Critères d'exclusion

- Sélection de la première réponse et une autre réponse
- Aucune réponse sélectionnée

Variables

- VAR Q25\_X\_raisons\_moins\_actif\_aucun : Non, il n'y a pas de raison  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q25\_X\_raisons\_moins\_actif\_temps : Manque de temps  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q25\_X\_raisons\_moins\_actif\_distance : Distance des salles d'entraînement  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q25\_X\_raisons\_moins\_actif\_inconforts : Inconforts dans les salles d'entraînement  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q25\_X\_raisons\_moins\_actif\_aime\_pas : N'aime pas faire de l'exercice  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q25\_X\_raisons\_moins\_actif\_équipement : L'accessibilité d'équipement ou de terrain sportifs  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante
- VAR Q25\_X\_raisons\_moins\_actif\_autre : Autre  
0 = Non  
1 = Oui  
9 = Donnée manquante



## Références :Dictionnaire de variables

- About Inc. (2015a). *Calorie Count - Cream of vegetable Soup*. Récupéré le 30 juin 2015 du site About Inc.: <http://www.caloriecount.com/calories-division-university-cream-vegetable-soup-i130812>
- About Inc. (2015b). *Calories in Granola, Homemade*. Récupéré le 30 juin 2015 du site About Inc.: <http://www.caloriecount.com/calories-sprouts-farmers-granola-i8037>
- About Inc. (2015c). *Calories in Schlotzsky's Deli - Greek Salad*. Récupéré le 30 juin 2015 du site About Inc.: <http://www.caloriecount.com/calories-schlotzskys-deli-greek-salad-i55143>
- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Activité physique*. Récupéré le 11 août 2015 du site de l'Agence de la santé publique du Canada: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/index-fra.php>
- Amireault, S. et Godin, G. (2015). The godin-shephard leisure-time physical activity questionnaire: validity evidence supporting its use for classifying healthy adults into active and insufficiently active categories 1, 2. *Perceptual & Motor Skills*, 120 (2), 605-622
- Association canadienne du diabète. (2013). *Managing weight & diabetes. Body Mass Index and Waist Circumference*. Récupéré le 21 septembre 2015 du site de l'Association canadienne du diabète : <http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG/media/documents/patientresources/body-mass-index-and-waist-circumference.pdf>
- Bennett, D. L. et Bauman, A. (2000). Adolescent mental health and risky sexual behaviour: Young people need health care that covers psychological, sexual, and social areas. *British Medical Journal*, 321 (7256), 251
- Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L. et Schmied, V. (2005). 'Big build': Hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (10), 921-931
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2013). *Directives sur la consommation d'alcool*. Récupéré le 11 août 2015 du site du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-fr.pdf>
- Collins, K. (2004, octobre 22). *Think muffins and bagels are healthy? Think again*. Récupéré le 30 juin 2015 du site NBC News: [http://www.nbcnews.com/id/6307384/ns/health-diet\\_and\\_nutrition/t/think-muffins-bagelsare-healthy-think-again/#.VZLUIWAp6k](http://www.nbcnews.com/id/6307384/ns/health-diet_and_nutrition/t/think-muffins-bagelsare-healthy-think-again/#.VZLUIWAp6k)
- Eat Right Ontario. (2015). *Decoding the Nutrition Label*. Récupéré le 30 juin 2015 du site Eat Right Ontario: <https://www.eatrightontario.ca/en/Articles/Nutrition-Labelling/Decoding-the-Nutrition-Label.aspx#.VZKUrWAp6k>
- Hastrup, J. L., Baker, J. G., Kraemer, D. L. et Bornstein, R. F. (1986). Crying and depression among older adults. *The Gerontologist*, 26 (1), 91-96

Hensing, G., Brage, S., Nygård, J. F., Sandanger, I. et Tellnes, G. (2000). Sickness absence with psychiatric disorders—An increased risk for marginalisation among men? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (8), 335-340

Institut de cardiologie de Montréal. (2014). *Activité physique*. Récupéré le 11 août 2015 du site de l'Institut de cardiologie de Montréal: <https://www.icm-mhi.org/fr/prevention/adopter-de-saines-habitudes-de-vie/activite-physique>

Kee, J. L. (2014). *Laboratory & Diagnostic Tests* (9<sup>e</sup> ed.). Pearson Education.

Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Brunner, E., Vahtera, J. et Marmot, M. G. (2006). Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *International journal of obesity*, 30 (6), 982-987

Larousse. (2008a). *Déffinitions: taille - Dictionnaire de français Larousse*. Récupéré le 24 septembre 2015 du site Larousse: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/taille/76429?q=taille#75536>

Larousse. (2008b). *Encyclopédie Larousse en ligne - poids corporel*. Récupéré le 24 septembre 2015 du site Larousse: [http://www.larousse.fr/encyclopedia/medical/poids\\_corporel/3437](http://www.larousse.fr/encyclopedia/medical/poids_corporel/3437)

Marieb, E. N. et Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaines*. Saint-Laurent: ERPI

MAYO Clinic. (2015). *Blood Pressure Chart: What Your Reading Means - MAYO Clinic*. Récupéré le 21 septembre 2015 du site MAYO Clinic: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/blood-pressure/art-20050982>

Mayo Clinic. (2014). *Exercise intensity: How to measure it*. Récupéré le 11 août 2015 du site Mayo Clinic: <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/fitness/in-depth/exercise-intensity/art-20046887>

Mayo Clinic. (2013). *Male depression: Understanding the issues*. Récupéré le 11 août 2015 du site Mayo Clinic: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/male-depression/art-20046216>

National Institute of Health. (2015). *Health screening - men - ages 18 to 39*. Récupéré le 29 juin 2015 du site National Institute of Health U.S National Library of Medicine: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007464.htm>.

National Institute of mental health. (2015). *Depression*. Récupéré le 30 août 2015 du site National Institute of mental health: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

National Pasta Association. (2015). *Pasta Nutrition and Diet - Pasta Fits*. Récupéré le 30 juin 2015 du site National Pasta Association: <http://pastafits.org/diet-nutrition/>

Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2015a). *WHO: Global Database on Body Mass Index*. Récupéré le 21 septembre 2015 du site de l'OMS : [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

Organisation mondiale de la santé. (2015b). *Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé*. Récupéré le 11 août 2015 du site de l'OMS : [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/fr/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/)

Rottenberg, J., Gross, J. J., Wilhelm, F. H., Najmi, S. et Gotlib, I. H. (2002). Crying threshold and intensity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (2), 302-312

Santé Canada. (2011). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*. Récupéré le 21 octobre 2015 du site de Santé Canada: [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt\\_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view\\_eatwell\\_vue\\_bienmang-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-fra.pdf)

Selye, H. (2015). *Les effets du stress*. Récupéré le 11 août 2015 du site Ma santé naturelle: <http://www.masantenaturelle.com/chroniques/chroniques2/stress-effets.php>

## ANNEXE K : Approbation déontologique



**Laurentian University**  
**Université Laurentienne**

### CERTIFICAT D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE POUR LA CONDUITE D'UN PROTOCOLE IMPLIQUANT LA PRÉSENCE DE SUJETS HUMAINS

Comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne

Le présent certificat confirme que le projet identifié ci-dessous a obtenu une approbation déontologique du Comité déontologique de l'Université Laurentienne (CÉRUL). La date de votre approbation déontologique, la date de votre prochain rapport, les dates de renouvellement(s) et modifications (si s'appliquent) ainsi que toute condition particulière sont indiquées dans le tableau qui suit.

TYPE D'APPROBATION / Nouvelle / Modifications au projet X / Demande de prolongation	
<b>Nom(s) du ou des chercheur(s)/collaborateur(s) École/ Département</b>	Alain Gauthier, École des sciences de l'activité physique, Jalila Jbilou, U Moncton
<b>Titre de la soumission</b>	Évaluation d'un modèle intégré pour le contrôle et la gestion du poids pour les hommes francophones du Grand Sudbury âgés entre 25 et 54 ans
<b>Numéro de référence</b>	2014-09-05
<b>Date de l'approbation originale</b>	09 octobre, 2014
<b>Date de l'approbation de l'extension ou des modifications (si s'applique)</b>	09 mars, 2015
<b>Date du prochain rapport</b>	octobre, 2015
<b>Condition(s) placée(s) sur le projet</b>	

Un rapport annuel ou final est requis (date indiquée comme étant celle de la fin du projet sur votre demande). Tout projet doit faire l'objet au moins l'objet d'un rapport annuel soumis au CÉRUL. Si votre projet devait se poursuivre au-delà de la durée de l'approbation déontologique, vous devrez soumettre une demande d'extension auprès du CÉRUL en remplissant le formulaire de suivi annuel. Comme il est indiqué sur le formulaire d'approbation déontologique, il faudra soumettre au Comité toute modification ayant trait aux questions ou aux procédures. Si vous souhaitez modifier le contenu de votre protocole déontologique, vous devrez utiliser le formulaire du suivi annuel. Le CÉRUL vous souhaite de francs succès dans vos entreprises de recherche en vous rappelant de respecter en tout temps les politiques de l'ÉPTC.

A handwritten signature in black ink, reading 'Rosanna Langer'.

Rosanna Langer, Présidente  
Comité Éthique de la Recherche